



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para o autocuidado transferir-se

Luísa Miguel Guerreiro

Orientação: Professor Manuel Agostinho Matos Fernandes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da
Pessoa para o autocuidado transferir-se**

Luísa Miguel Guerreiro

Orientação: Professor Manuel Agostinho Matos Fernandes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

Sócrates

Agradecimentos

Ao professor Manuel Agostinho pelo acompanhamento, disponibilidade e apoio em todas as etapas deste percurso.

Às enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço de medicina e de ortopedia, pela constante partilha de saberes, reflexão e orientação.

A toda a equipa do serviço de medicina e ortopedia, que foram sempre disponíveis ao longo deste processo de aprendizagem.

À equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados de Aljezur, pela cooperação e colaboração na organização e troca de turnos, de forma a este estágio final se tornar possível.

Aos utentes e famílias que acompanhei ao longo deste período, que me ajudaram a crescer enquanto pessoa e profissional.

Por fim, um agradecimento especial à minha família e aos amigos que estiveram sempre presentes, apesar das minhas longas ausências. Obrigada pelo apoio e compreensão.

Resumo

Nos dias de hoje, são diversas as causas das alterações da mobilidade que acarretam consequência negativas, resultantes do repouso prolongado no leito. O autocuidado transferir-se permite à pessoa mover-se de uma superfície para outra, incentivando ao autocuidado e treino de equilíbrio, prevenindo as alterações que da imobilidade podem advir.

Este relatório tem como objetivo descrever, analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final, com o intuito de adquirir e desenvolver as competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O foco de atenção foi o projeto de intervenção profissional desenvolvido e implementado durante este estágio, direcionado para a capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se.

Após a implementação deste projeto, constatou-se uma evolução positiva a nível da força muscular, equilíbrio funcional e autocuidados, nomeadamente no autocuidado transferir-se, pelo que foi possível aferir o benefício da implementação do programa.

Descritores: enfermagem de reabilitação, autocuidado, movimentação e transferência de doentes.

Abstract

Mobility alterations may occur due to numerous causes nowadays, and it usually comes with negative consequences that are promoted by an extended laid rest. Self-care transfer allows a person to move from one surface to another, encouraging self-care and balance training, preventing the alterations that may occur from immobility.

This report tends to describe, analyse and reflect about all the activities that took place during the final internship, in order to acquire Master and Rehabilitation Nursing Specialist nurse skills. The main goal was the professional intervention project developed and established during this internship, with the intention to train people to self-care transfer.

After the implementation of this project, we were able to see a positive evolution, especially when it comes to muscle strength, functional balance and self-care transfer. This way, it's safe to say that the program has been benefic on the self-care process.

Keywords: rehabilitation nursing, self-care, moving and lifting patients.

Índice de Figuras

Figura 1. Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com mais de 65 anos, 2011.....	16
Figura 2. Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com mais de 65 anos da região do Algarve, 2011.....	24
Figura 3. Exercícios de mobilização da articulação coxo-femural – adução/abdução.	40
Figura 4. Exercícios terapêutico – ponte.....	41
Figura 5. Exercícios de equilíbrio dinâmico sentado.....	43
Figura 6. Posição de utilização da bola terapêutica – cowboy.	44
Figura 7. Assistir a pessoa a pôr-se de pé.	44
Figura 8. Agregado familiar dos participantes.....	51
Figura 9. Dependências nos autocuidados dos participantes previamente ao internamento. ..	52

Índice de Tabelas

Tabela 1. 1ª etapa do plano de intervenção de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação	46
Tabela 2. 2ª etapa do plano de intervenção de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação	47
Tabela 3. Resultados da avaliação da Escala de Força Muscular Modificada.....	54
Tabela 4. Resultados da avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg	55
Tabela 5. Resultados da avaliação do autocuidado transferir-se, da Escala de Barthel.....	56
Tabela 6. Resultados da avaliação dos restantes autocuidados, da Escala de Barthel.....	57
Tabela 7. Resultados da avaliação da Escala de Barthel	58

Lista de Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

Índice

Introdução	11
1. Apreciação do Contexto	14
2. Análise do Envolvimento	21
2.1 Recursos humanos	21
2.2 Recursos físicos	22
2.3 Análise da população-alvo	23
3. Análise da Produção de Cuidados	26
3.1 Problemática associada ao contexto de estágio	27
3.1.1. AVC	29
3.1.2. Alterações do sistema respiratório.....	31
3.1.3. Alterações músculo-esqueléticas	32
3.1.4. Focos de ER.....	33
4. Definição de Objetivos.....	37
5. Projeto de Intervenção Profissional.....	39
5.1 Fundamentação teórica	39
5.2 Metodologia	45
6. Resultados da Implementação do Projeto	51
6.1. Melhoria da força muscular	52
6.2. Melhoria do equilíbrio	55
6.3. Promoção do autocuidado transferir-se	55

6.4.	Evolução dos restantes autocuidados.....	56
6.5.	Evolução do grau de dependência.....	58
6.6.	Discussão dos resultados e considerações finais	59
7.	Análise Reflexiva Sobre o Desenvolvimento de Competências	61
8.	Conclusão	68
9.	Referências Bibliográficas	71
Apêndices		LXIV
Apêndice A – Cronograma de Atividades		LXV
Apêndice B – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração		LXVII
Apêndice C – Consentimento Informado		LXIX
Apêndice D – Questionário de Colheita de Dados Sociodemográficos		LXXI
Apêndice E – Plano de Intervenção		LXXIII
Apêndice F – Plano de Cuidados Utente X		LXXVII
Apêndice G – Panfleto “Prevenção de Quedas no idoso – Conselhos úteis”		LXXX
Apêndice H – Artigo - Resumo		LXXXIII
Anexos.....		LXXXVI
Anexos A – Escala de Força Muscular Modificada		LXXXVII
Anexo B – Escala de Equilíbrio de Berg		LXXXIX
Anexo C – Escala de Barthel		XCI

Introdução

A reabilitação, disciplina que tem como objetivo trabalhar com as pessoas e populações afetadas por deficiência ou incapacidade para que estas se tornem o mais independente possível, tem como missão “dar mais vida ao tempo que passa” (Hesbeen, 2003, p. 54) e a enfermagem, na sua complexa arte de cuidar, caminha com a pessoa para uma melhor saúde e na busca do equilíbrio que esta tentar readquirir (Hesbeen, 2003).

No contexto deste relatório de estágio, focamos em especial o projeto de intervenção profissional de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação (ER) na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. Sendo o autocuidado a atividade dotada de características específicas, realizada pela pessoa (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014) e a transferência uma atividade física caracterizada por mover o corpo, deslocando-o assim entre a cama e a cadeira (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

O enfermeiro especialista, para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, detém competências de cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desenrola-se nos variados contextos (hospitalar e comunitário), nas diversas transições do ciclo de vida da pessoa com necessidades especiais, de modo a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, a par da diminuição do risco de complicações, promovendo o desenvolvimento de potenciais remanescentes (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Deste modo, o presente relatório surge no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem, com área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja e Castelo Branco, bem como da Universidade de Évora e da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Este relatório engloba uma reflexão crítica acerca da prática da prestação de cuidados especializados em ER, procurando descrever e fundamentar as escolhas tomadas ao longo do percurso do projeto de intervenção profissional, que decorreu num serviço de medicina, bem como variadas outras vivências nas áreas da neurologia e da ortopedia, no serviço de medicina e de ortopedia. A realização deste relatório visa também ser objeto de discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre em ER.

O estágio final, pano de fundo deste relatório, teve lugar num serviço de medicina e num serviço de ortopedia de um hospital de Portugal, na região do Algarve, o qual teve o intuito de apreender e desenvolver as competências gerais do Enfermeiro Especialista a par das competências específicas do EEER. Além destes cuidados de enfermagem específicos, outros igualmente importante foram alvo da prestação de cuidados de ER, pois variadíssimo foi o leque de experiências em ambos os serviços. Todo este percurso e a sua panóplia de experiências foi essencial para o desenvolvimento das competências, assim com para a compreensão do papel do EEER nos diversos contextos de cuidados.

O foco de atenção dos cuidados de ER é a promoção do bem-estar, qualidade de vida, recuperação da funcionalidade pela promoção do autocuidado, maximização das capacidades e prevenção de complicações (OE, 2010). Deste modo, o tema do presente trabalho “Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para o autocuidado transferir-se”, tem como objetivo promover a mobilidade da pessoa de uma superfície para outra, como da cama para cadeirão/cadeira-de-rodas, pois este processo de levantar deve, face ao conhecimento atual, ser o mais precoce possível dado que permite a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, o incentivo ao autocuidado, treino de equilíbrio e preparar para o treino de marcha (OE, 2013).

Este trabalho apresenta uma estrutura de 9 partes. Após à introdução é apresentada a apreciação do contexto, na qual é realizado o enquadramento da temática face á atualidade, a análise do envolvimento no contexto do serviço de medicina, seguida da análise a produção dos cuidados de enfermagem no referido serviço e definidos os objetivos do presente Estágio Final. Segue-se a apresentação do projeto de intervenção profissional, com vista à capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se, focando a sua componente teórica, a metodologia e os resultados. Segue a análise reflexiva acerca das competências adquiridas ao longo deste percurso, competências de mestre, competências comuns ao enfermeiro especialista e competências específicas do EEER, por fim a conclusão e as referências bibliográficas. Os apêndices e anexos apresentam os documentos que suportam o presente trabalho.

Dada a crescente necessidade de existência de dados para um entendimento do trabalho da Enfermagem com base no conhecimento, neste trabalho recorreu-se à utilização da linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com o intuito de

facilitar a comunicação entre profissionais de saúde, a documentação padronizada dos cuidados prestados e a análise dos resultados (OE, 2009).

O presente trabalho foi escrito de acordo com o novo acordo ortográfico e segue as regras descritas no manual Publication Manual of the American Psychological Association 6ed.

1. Apreciação do Contexto

Nos dias de hoje, várias são as causas das quais advêm as alterações da mobilidade, como a título de exemplo, o envelhecimento, doenças crônicas, desnutrição e/ou dor intensa (OE, 2013). O envelhecimento, em particular, caracteriza-se por um conjunto de alterações fisiológicas como a diminuição da massa e da força muscular, usualmente mais marcada a nível dos membros inferiores, o que leva à perda gradual do equilíbrio, estático e dinâmico, comprometendo assim a capacidade funcional da pessoa e aumentando o risco de complicações (Vieira, Granja, Exel, & Calles, 2015).

Ao longo da vida, são diversas as mudanças que podem interferir no nível de saúde. Estas requerem uma transição, ou seja, uma vivência da situação em que é necessário recorrer a mudanças no estilo de vida. A transição é assim influenciada pelas condições da pessoa e pelas condições ambientais, bem como pelas expectativas, significados, experiências, conhecimentos e habilidades da pessoa na gestão destas mudanças. Para tal, é necessário que a pessoa integre conhecimentos novos, modifique comportamentos e redefina os significados que associou ao processo, o que no seu conjunto leva à mudança da definição de si próprio no contexto social. Contudo, o período da transição é variável, pois cada um demora o seu tempo até estabilizar na nova condição (Brito, 2012).

As pessoas idosas, para além das alterações que do envelhecimento advêm, são muitas vezes afetadas por doenças crónico-degenerativas que frequentemente comprometem a sua capacidade funcional e o desempenho físico, aumentando a sua vulnerabilidade. Usualmente esta incapacidade funcional é avaliada pelo relato da pessoa acerca da dificuldade na realização das atividades de vida diárias, gerando dependência (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

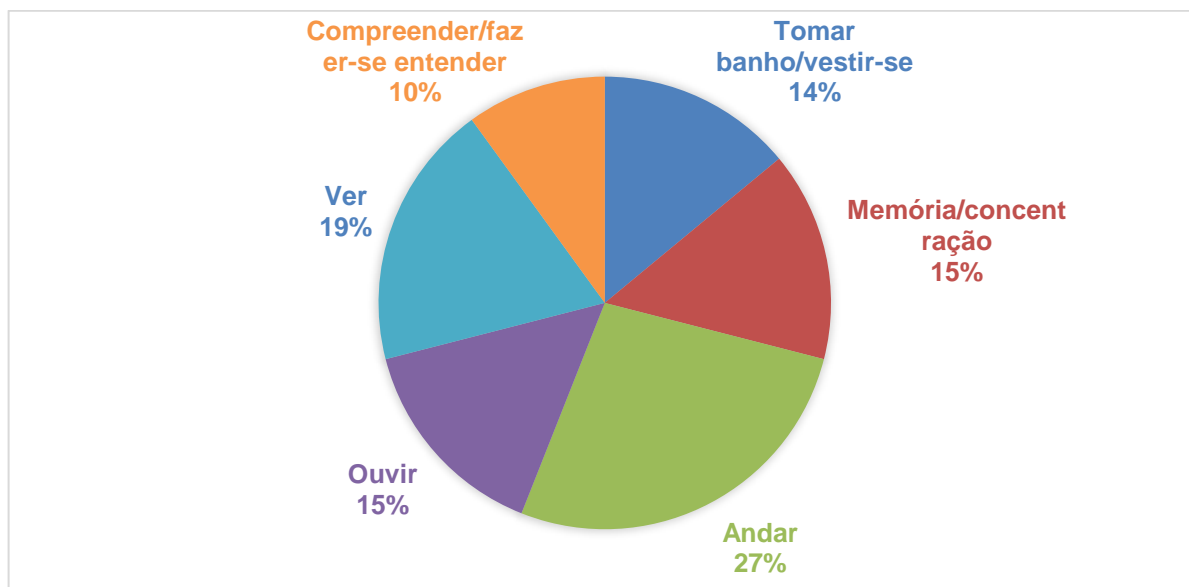
Desta incapacidade funcional advêm muitas vezes situações de imobilidade, sendo que as consequências negativas desta apenas recentemente ganharam visibilidade como sendo a causa de disfunção. O evoluir deste conhecimento científico permite-nos, atualmente, desenvolver programas de prevenção primária, secundária e terciária, aquando destas situações de crise, sendo de extrema importância proceder a uma mobilização precoce de forma a assim minimizar os efeitos negativos da alteração da mobilidade, como a incapacidade (OE, 2013).

O envelhecimento da população tem decorrido de forma generalizada em todo o país, deixando de ser apenas um fenómeno localizado no interior. O índice de envelhecimento, ou seja, a relação entre a população idosa (mais de 65 anos) e a população jovem (0 aos 14 anos) do nosso país é, dentro da União Europeia, o 5º mais elevado. A proporção de idosos ronda os 20,3% da população, sendo assim 4º mais elevado da União Europeia (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015). No ano 2000, o número de idosos ultrapassou pela primeira vez o número de jovens, sendo que em 2011 o índice de envelhecimento passou para 127,8. A percentagem de idosos, em 2011 é assim de 19%, tendo aumentado desde 2001, e a de jovens 15%, que diminui também em comparação com os resultados de 2001 (INE, 2012a).

O número de idosos, de acordo com as projeções do INE (2017), entre 2015 e 2080, passará de 2,1 para 2,8 milhões, o índice de envelhecimento duplicará, passando a existir 317 idosos por cada 100 jovens. Este envelhecimento crescente da população trás consigo desafios na área da saúde no tratamento e acompanhamento das doenças crónicas e da crescentes das comorbilidades.

Em 2011, pela primeira vez o recenseamento demográfico abordou a incapacidade através de uma autoavaliação que privilegia tanto a funcionalidade como a incapacidade como sendo o resultado da interação dinâmica da pessoa com os fatores contextuais. Deste recenseamento demográfico foi possível aferir, tal como representado na figura 1, que 49,51% dos idosos referiam dificuldade na realização de alguma atividade diária, sendo de maior relevo estatístico o andar, com 27% (INE, 2012a).

Figura 1. Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com mais de 65 anos, 2011



Fonte: INE (2012a)

Ainda que os idosos sejam a faixa etária onde esta dificuldade tem maior representatividade, na faixa dos 15 aos 64 anos 40,5% das pessoas referem ter pelo menos um problema de saúde/doença prolongada e 17,4% referem pelo menos uma dificuldade na realização das atividades básicas. O principal problema de saúde e a principal dificuldade referida relacionam-se com problemas músculo-esqueléticos e dificuldades na mobilidade (INE, 2012a).

Numa análise ao conceito da mobilidade, por Moreira et al. (2014), é referido como atributos para a mobilidade o “andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para outro, virar-se, iniciar e parar a locomoção, subir escadas, função motora, transferência e habilidade motora” (p. 446) e como antecedentes para a mobilidade o controlo postural e o equilíbrio, sugerindo um reajuste da definição da mobilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem de 2010 para “capacidade da pessoa de movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, subir e descer escadas, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar, como a bengala” (p. 446).

Tendo em conta os problemas relacionados com a mobilidade que condicionam a sua independência e com vista a promover a autonomia da pessoa, o EEER recorre ao conceito de autocuidado, definido como “o desempenho ou a prática de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Lista, Correia, & Fonseca, 2017, p.13), que surge em 1991 com Orem, sendo este o conceito base da Teoria Geral de Enfermagem (Cunha, Cardoso, & Oliveira, 2005).

Para Orem, todos os adultos saudáveis detêm capacidade para se autocuidar, no entanto, em situações de doença, défice de recursos e/ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado da pessoa é superior à sua capacidade para tal, a enfermagem assiste a pessoa a compensar o seu desequilíbrio. Outros conceitos fundamentais da teoria são: Homem, Sociedade, Saúde e a Enfermagem (Cunha, Cardoso, & Oliveira, 2005).

A Teoria Geral de Enfermagem é formada por três teorias que se relacionam entre si: a do autocuidado, a do deficit do autocuidado e a dos sistemas de enfermagem (Cunha, Cardoso, & Oliveira, 2005). Na teoria do autocuidado é contemplada a razão e a forma como as pessoas cuidam de si, na teoria do deficit do autocuidado são explanadas as razões pelas quais as pessoas podem necessitar de ser cuidadas pelos enfermeiros e por fim, na teoria dos sistemas de enfermagem, surge a elucidação acerca das relações que se têm que cria e manter para a existência da enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Nesta última teoria, é criada a organização e o conteúdo referente à prática de enfermagem, sendo estruturada as propriedades da enfermeira com as da pessoa. Definiu-se três classificações de Sistemas de enfermagem:

- Sistema totalmente compensatório (a pessoa não consegue participar no autocuidado);
- Sistema parcialmente compensatório (o enfermeiro compensa as limitações da pessoa);
- Sistema de apoio/educativo (a pessoa tem capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de orientação e instrução do enfermeiro).

(Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Orem refere cinco intervenções que o enfermeiro realiza perante uma pessoa com desvio de saúde: executa/age de forma a substituir a pessoa no que esta não é capaz, orienta/encaminha, dá apoio tanto físico como psicológico, promove um ambiente de desenvolvimento do indivíduo e ensina (Cunha, Cardoso, & Oliveira, 2005). Assim, a dependência no autocuidado é o foco central do cuidados de enfermagem, e em particular do EEER, dado que este tem como finalidade “capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado” (Marques-Vieira, & Sousa, 2017, p. 3).

Capacitar é um processo multidimensional e envolve o conhecimento, a decisão e a ação, nos domínios cognitivo, físico e material. Na forma mais simplificada, a capacitação a nível pessoal, refere-se nas atividades de vida diárias que asseguram as condições básicas (comer, beber, mover-se, entre outras). As atividades instrumentais da vida diária (por exemplo: usar o telefone e cozinhar), por outro lado, são atividades mais complexas, que visam a integração na comunidade. Este conjunto de atividades são indicadores de autonomia e a independência, estando interligadas com a qualidade de vida (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

O autocuidado transferir-se, em particular, permite à pessoa mover-se de uma superfície para outra, como da cama para cadeirão/cadeira-de-rodas. Este processo de levantar deve, face ao conhecimento atual, ser o mais precoce possível pois permite a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, o incentivo ao autocuidado, treino de equilíbrio e preparar para o treino de marcha (OE, 2013).

Cruz, Gomes, e Parreira (2017), num estudo realizado acerca da perceção dos enfermeiros acerca dos focos prioritários relativos às ações de enfermagem relacionados com a pessoa idosa, concluem que a promoção da mobilidade não parece ser prioritária quando se referem a cuidados direcionados ao idoso hospitalizado, o que pode colocar em risco a autonomia no autocuidado.

Numa revisão da literatura de Hopkins et al. (2016) é feita menção ao facto de existirem vários estudos que demonstram que a reabilitação com base na mobilidade é viável, segura e com melhoria nos resultados dos pacientes, com menor tempo de internamento, maior capacidade para o autocuidados, entre outros. Embora os estudos, na generalidade, incluam uma amostra pequena, pode constatar-se uma tendência consistente para a diminuição do tempo de

internamento hospitalar, dias de ventilação mecânica, redução de readmissões hospitalares, aumento da atividade e da locomoção. Esta mobilidade precoce permite melhorar a força muscular, a capacidade para rodar, para suportar o seu peso e para pôr-se de pé.

Deste modo, este projeto de intervenção profissional, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, direciona-se para capacitação da pessoa, com alterações no autocuidado transferir-se, tendo em vista a otimização e manutenção do mesmo, prevenindo as alterações que da imobilidade podem advir.

Nesta situação de transição, ou seja, a passagem de uma condição para outra, neste caso para uma situação de doença que gera dependência, é necessária uma mudança por parte da pessoa, sendo o enfermeiro o agente promotor do autocuidado e da qualidade de vida nas transições vivenciadas, através do cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades reais. A pessoa, através de um processo ativo da gestão da sua situação de doença, assume uma nova identidade que é reformulada com base na anterior (Brito, 2012).

Para poder capacitar a pessoa, o enfermeiro é assim responsável por identificar os défices de autocuidado, organizar, fundamentar e avaliar os resultados das suas intervenções. A capacitação é assim planificada num âmbito sistémico, sendo que as intervenções podem ser de carácter compensatório ou educativo (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Este processo de capacitação para o autocuidado transferir-se tem como objetivos: melhorar a força muscular, desenvolver equilíbrio postural sentado e em pé, melhorar a função motora, entre outros (O’Sullivan, & Schmitz, 2004).

A Enfermagem de Reabilitação, sendo a área da enfermagem direccionada para prevenção, recuperação e habilitação das pessoas em processo de doença súbita ou descompensação de doença crónica, que daí advenha deficit funcional, tem como foco dos cuidados a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidade” (OE, 2018a, p. 7). Para tal, o EEER concebe planos de ER, implementa e monitoriza os mesmos com base nos problemas reais e/ou potenciais da pessoa, recorrendo a técnicas específicas no âmbito da reabilitação a par da educação, do planeamento

da alta, da continuidade dos cuidados e da reintegração da pessoa na comunidade, promovendo assim o direito à dignidade e o direito à qualidade de vida (OE, 2010).

2. Análise do Envolvimento

No decorrer deste capítulo realizar-se-á uma análise do contexto do Estágio final com recurso a uma caracterização do ambiente, palco da implementação do projeto de intervenção. O serviço de medicina em questão, pertencente a um hospital da região do Algarve, serve a população residente ou visitante, maioritariamente idosa.

2.1 Recursos humanos

A equipa multidisciplinar deste serviço de medicina é composta por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, médicos assistentes de medicina interna e médicos em internato de medicina, assistentes operacionais e administrativa do serviço. Para além desta equipa, o serviço articula com outros profissionais de saúde tais como assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala, nutricionista, profissionais de outras especialidades médicas e Equipa de Gestão de Altas aquando necessário, por exemplo, referenciação para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Em relação à equipa de enfermagem é constituída por 19 enfermeiros de cuidados gerais, um enfermeiro especialista em ER e um enfermeiro chefe (também especialista em ER). A equipa de enfermagem de cuidados gerais encontra-se maioritariamente no regime de *roulement*, com exceção de alguns elementos que se encontram em horário fixo por motivos familiares.

Tendo em conta as especificidades de cada turno, no turno da manhã estão distribuídos 6 enfermeiros, o EEER (que não está na prestação direta de cuidados de enfermagem e que substitui o enfermeiro chefe, nos dias em que este não está presente) e o enfermeiro chefe. O turno da tarde conta com 4 enfermeiros e na noite com 2. No entanto, dada a escassez de recursos humanos no presente momento deste Estágio, muitas vezes o turno da manhã era assegurado por 4 ou 5 enfermeiros, estando alguns destes membros com horário reduzido e o

turno da tarde por 3 enfermeiros. Cenário que também se aplica às assistentes operacionais, que na maioria dos turnos se encontram em número aquém do expectável.

Apesar de não existirem dotações seguras validadas acerca dos cuidados do EEER, denota-se neste serviço uma necessidade de mais horas em cuidados de reabilitação pois o EEER está presente apenas durante os dias úteis da semana, sendo que um dia por semana desempenha funções no âmbito de auditoria e usualmente uma vez por semana assume funções de chefia, o que leva a apenas três ou quatro dias por semana para cuidados específicos de ER. Sendo a reabilitação um processo contínuo desde a entrada da pessoa no serviço até ao momento da sua alta, seria sem dúvida benéfico cuidados de ER diários e não apenas no turno da manhã. Ainda de referir que o serviço dispões de 29 vagas e apenas um EEER para dar resposta às 29 pessoas internadas neste serviço.

2.2 Recursos físicos

O serviço é composto por várias enfermarias, cada enfermaria com casa-de-banho. O acesso ao serviço de medicina é realizado por duas vastas portas de abrir, dando entrada num corredor largo e comprido o qual dá acesso, à esquerda às diversas enfermarias e pela direita a salas de trabalho (casa de banho, armazéns, armários, sujos, preparação de terapêutica, gabinete do enfermeiro-chefe e balcão de enfermagem que se encontra ao centro do corredor). Em cada enfermaria encontram-se dois cadeirões (no total: 3 reclináveis e 4 não reclináveis) e um monitor de sinais vitais. Os armários dispõem de um stock de roupa do serviço, meias antitromboembólicas e imobilizações abdominais e pélvicas.

Cada enfermaria tem a mesma constituição, armários de parede, mesa-de-cabeceira, cama articulada (a maioria não são elétricas), cortinados para assegurar a privacidade, algumas dispõem de uma televisão, lavatório (à saída da enfermaria), solução para desinfeção das mãos num suporte na parede e baldes do lixo para resíduos de nível I e II.

As enfermarias apresentam espaço reduzido o que dificulta a mobilidade da pessoa que necessita de meios auxiliares de marcha, causando um risco acrescido para alterações de equilíbrio. Por seu lado, o corredor é amplo e não apresenta obstruções no percurso, permite a rotação a 360° da pessoa em cadeira-de-rodas, o que facilita a mobilidade, e dispõe de barra lateral para apoio.

Cada casa de banho detém uma área de duche aberta sem base, piso antiderrapante, torneira com manipulador para regular temperatura e cadeira sanitária com rodas. A zona de duche não permite a rotação da cadeira sanitária a 360°, sendo um espaço reduzido para o treino do autocuidado higiene. A sanita detém um apoio basculante bilateral, no entanto a altura não preenche os requisitos de altura para sanita acessível (altura mais baixa) pelo que causa dificuldade no treino das transferências. O lavatório apresenta uma altura adequada para aproximação de pessoa em cadeira-de-rodas, apresenta apoios fixos bilaterais, torneira com manipulador e espelho de grandes dimensões e altura adequada que permitem à pessoa cuidar da sua imagem corporal, nomeadamente lavar os dentes e pentear-se.

A disposição das casas-de-banho permite a entrada da pessoa em cadeira-de-rodas, permite que utilize a sanita e lavatório, no entanto, por não permitir a rotação a 360° a pessoa em cadeira-de-rodas necessita de sair no mesmo sentido que entrou.

As cadeiras-de-rodas existentes no serviço são escassas e muitas delas danificadas (sem sistema de travagem funcionante) e incompletas (falta de peças como pedaleiras), não se encontrando em número suficiente para as necessidades do serviço.

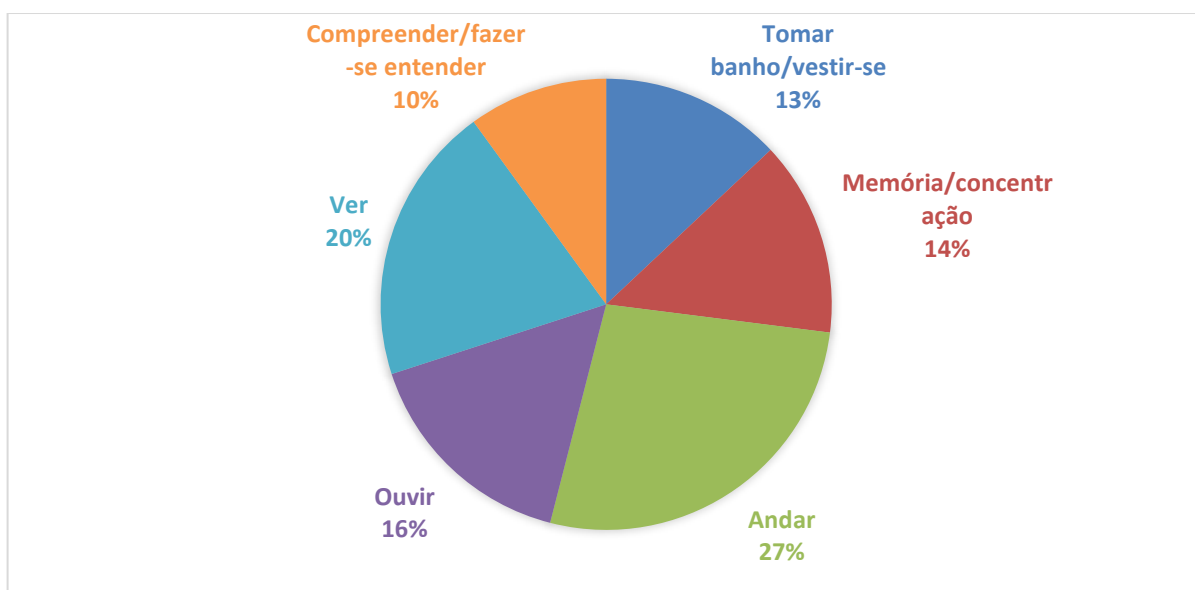
2.3 Análise da população-alvo

A realidade vivida na região do Algarve enquadra-se com a realidade do nosso País. De acordo com o recenseamento demográfico de 2011, na região do Algarve existiam 19,46% idosos e 14,85% jovens. É nos municípios mais afastados do litoral que se denota maior número

de idosos, sendo Alcoutim e Monchique os municípios com maior percentagem de idosos. O índice de envelhecimento da região é de 131,05, superior ao nacional (127,8) (INE, 2012b).

Os resultados da zona do Algarve, relativamente à dificuldade na realização das atividades diárias, são semelhantes à média nacional, cerca de 42.61% dos idosos referem dificuldade na realização de alguma atividade diária, sendo aqui também o andar a atividade diária de maior relevo estatístico (INE, 2012b). A figura 2 representa os tipos de dificuldade sentidas na realização das atividades de vida diárias (compreender/fazer-se entender, tomar banho/vestir-se, memória/concentração, ver, ouvir e andar) na população residente do Algarve, em 2011.

Figura 2. Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com mais de 65 anos da região do Algarve, 2011



Fonte: INE (2012b)

De acordo com os dados obtidos neste serviço de medicina, durante o período de implementação deste projeto, houve cerca de 122 pessoas internadas, sendo a taxa de ocupação de 93,46%. Das pessoas internadas, cerca de 58,3% era do sexo masculino, 80,35% com mais de 65 anos e destes, 35,5% com idade igual ou superior a 85 anos.

Durante o período de estágio, os diagnósticos mais frequentes foram associados a patologias do foro respiratório e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo sido identificadas variadas situações de pessoas com alterações do sistema músculo-esquelético, nomeadamente atrofia muscular, anquilose e osteoporose.

Desta amostra, a grande maioria das pessoas apresentavam vários antecedentes pessoais e polimedicação. Em consequência deste internamento, surgem também alterações da mobilidade como o movimento muscular e articular, equilíbrio corporal, pôr-se de pé, transferir-se, entre outras, que irão ter repercussões nos autocuidados.

Neste serviço, sabe-se de forma empírica que as alterações relacionadas com a mobilidade são frequentes e acarretam várias consequências negativas tanto para a pessoa como para os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos à pessoa.

3. Análise da Produção de Cuidados

Os cuidados de enfermagem planeados e prestados neste serviço são registados num sistema informático de fácil e rápido acesso. Os registos têm como referencial de linguagem a CIPE, o que nos permite orientar os cuidados de enfermagem através da metodologia científica com linguagem comum à profissão.

Não existe nenhum sistema de registos para os cuidados de ER, sendo realizada uma nota escrita, onde é identificado no início da nota de enfermagem “Enfermagem de Reabilitação” e é realizada uma nota descritiva o que dificulta a análise dos cuidados de ER prestados, impossibilitando a objetivação dos cuidados e a demonstração tanto da sua efetividade, como da qualidade dos mesmos. No entanto, é utilizada nos mesmos a linguagem comum, linguagem CIPE, e utilizado como referencial o Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER.

Os cuidados de ER são assegurados por o enfermeiro EEER que gere a prestação de cuidados após planificação dos cuidados de reabilitação durante o turno consoante as necessidades das pessoas internadas no serviço. No entanto, os registos de ER são uma lacuna neste sistema informático, pois impossibilita a extração de indicadores de resultado que demonstrem a sua eficácia. No entanto, durante este período foi possível verificar que os cuidados mais frequentes de ER se encontravam associados à função respiratória (ventilação comprometida e tosse ineficaz) e à função neurológica (mobilidade comprometida e défice do autocuidado).

O EEER, neste serviço, depara-se frequentemente com uma população envelhecida com alterações da função respiratória inerentes ao envelhecimento e/ou do foro patológico, bem como as alterações neurológicas, sendo o AVC a patologia neurológica de maior relevo. Estas situações acarretam frequentemente problemas relacionados com a mobilidade pelo que esta temática surge como preocupação para o EEER neste serviço.

No decorrer do estágio final, a par desta realidade e da falta frequente de recursos humanos e físicos, foi notória as situações de imobilidade no leito (sem indicação terapêutica) pelo que assim surgiu a necessidade de efetuar um plano de intervenção de ER com o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado transferir-se.

Os recursos materiais para cuidados de ER, que permitem melhorar a eficácia das intervenções de ER, disponíveis são bastões, bola suíça, faixas elásticas de várias intensidades, inspirómetro de incentivo, ciclo ergómetro, dispositivos auxiliares de marcha (canadianas, andariço), elevador para transferências, cadeiras-de-rodas, cadeirões e colchões para alívio da pressão.

Importa ressaltar que as camas, apesar de articuladas, nem todas são elétricas. Nas camas articuladas manuais, o utente necessita, na maioria das vezes, de apoio de terceiros para regular a cama. No entanto, todas permitem a adaptação da altura para assim respeitar os princípios da ergonomia e facilitar os posicionamentos da pessoa. Os cadeirões, por sua vez, possuem uma baixa altura de assento o que dificulta as transferências, não só para a pessoa como para os profissionais de saúde, potenciando o risco de lesões músculo-esqueléticas da equipa. As cadeiras-de-rodas, como já acima referido, existem em número insuficiente para suprir as necessidades do serviço e as existentes apresentam o sistema de travagem danificado e muitas vezes falta de pedaleiras. O EEER desempenha aqui um papel importantíssimo na formação da equipa de modo a adotarem os princípios ergonómicos de modo a prevenir lesões, promover a segurança e paralelamente a estimular a autonomia da pessoa.

Denota-se na equipa o reconhecimento da prestação de cuidados de ER, sendo solicitada por diversas vezes ao longo do turno orientação de cuidados tanto para planeamento, implementação de intervenções e avaliação de resultados.

3.1 Problemática associada ao contexto de estágio

No presente contexto, apesar da diversidade de patologias presentes, o AVC e as patologias do foro respiratório foram as situações mais frequentes, acompanhadas muitas vezes por alterações do sistema músculo-esquelético. Estes utentes permanecem muitas vezes no leito em repouso terapêutico, outras vezes devido à redução de recurso humanos e/ou materiais. Este período de restrição da mobilidade acarreta consequências negativas para a pessoa, pelo que

surge a necessidade da implementação de um plano de intervenção específico, com o intuito de promover a capacitação e o autocuidado.

De acordo com Hoeman (2000), o movimento normal refere-se à capacidade da pessoa em interagir com o meio que a rodeia, de uma forma adaptável e flexível. Para tal, é necessário iniciar um padrão de movimento em cada membro, coordenar esse movimento entre ambos os membros em conjunto com uma adaptação da força e velocidade.

A alternância entre o repouso e a atividade é essencial para o ser humano, sendo a atividade fisiológica do organismo garantida pela mobilidade. Assim, a mobilidade é fundamental para o desempenho das atividades autónomas da pessoa no seu dia-a-dia, a par das necessidades psicossociais relacionadas com a qualidade de vida (OE, 2013).

Kleiner et al. (2008) definem assim a mobilidade funcional como “meio pelo qual o indivíduo se move no ambiente para obter uma interação diária com a família e a sociedade. É a habilidade do indivíduo para mover o corpo de forma competente e independente, durante as tarefas do dia-a-dia” (p. 407). No entanto, diversos são os fatores que podem gerar alterações da mobilidade tais como doenças crónicas, respiratórias, cardíacas e neurológicas, bem como alterações do foro psicológico, o envelhecimento, a dor intensa, problemas ortotraumatológicos, desnutrição e/ou défices neurosensoriais (OE, 2013).

Deste modo, se a pessoa detiver alguma alteração da mobilidade e for incapaz de mover alguma parte do corpo ou a totalidade do mesmo, pode sofrer de complicações decorrentes da imobilidade. São diversas as consequências que advêm da imobilidade tais como alterações a nível: respiratório, cardiovascular, gastrointestinais, urinárias, metabólicas, no sistema nervoso, músculo-esqueléticas, na pele e tegumentos (OE, 2013).

Referimo-nos à imobilidade quando existe ausência, diminuição ou a restrição de movimento que podem levar a encurtamento muscular ou até mesmo a contraturas irreversíveis. Estima-se que por cada semana de imobilidade completa no leito, a pessoa pode perder 10 a 20% da força muscular inicial e, a partir das 4 semanas de imobilidade no leito, cerca de 50%. No entanto a imobilidade no leito pode ser necessária em algumas situações pelo que é essencial o conhecimento para estabelecer um plano de intervenção adaptado a cada um, incluindo a prática baseada na evidencia científica, com o intuito de manter/recuperar as funções físicas,

psicológicas e sociais bem como prevenir o desenvolvimento do síndrome de imobilidade (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

3.1.1. AVC.

O AVC integra-se no grupo das doenças que maior número de mortes causa no nosso país, sendo responsável por 10,8% dos óbitos (INE, 2017) e a maior causa de incapacidade do idoso, representando uma enorme fatia dos gastos económicos na saúde. Este caracteriza-se pela interrupção/bloqueio do fluxo de sangue o que leva ao dano ou destruição de parte do cérebro, manifestando-se por um conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Menoita, 2014).

A reabilitação desta patologia deve ser iniciada o mais precocemente possível e o plano de cuidados de reabilitação idealmente entre as 48-72h após o AVC. Esta reabilitação dependerá dos fatores intrínsecos (da recuperação neurológica causada pela diminuição do edema cerebral e da plasticidade neural) e extrínsecos da pessoa (aprendizagem de novas maneiras de realizar funções). O treino motor pode contribuir para resultados positivos por promover a neurogénese, a sinaptogénese, entre outros. Assim, a reabilitação da pessoa com AVC tem como objetivo recuperar ou estimular as capacidades funcionais e cognitivas para assim favorecer a recuperação da função e/ou a compensação da função (Menoita, 2014).

A recuperação da função baseia-se na restituição das habilidades para alcançar determinado objetivo, já a compensação da função diz respeito ao trabalhar com a pessoa com o intuito de esta desenvolver e obter os seus objetivos, com recurso a meios diferentes dos anteriormente utilizados (Menoita, 2014).

É frequente a pessoa com AVC manifestar alterações nas atividades de vida diárias o que, na maioria das vezes, compromete a independência levando à necessidade de prestação de cuidados pelo que, no planeamento dos cuidados do EEER, deve estar sempre presente a promoção da máxima independência, a prevenção de complicações e promoção da segurança

nos desempenho dos autocuidados, não só pela obtenção da máxima autonomia, como também pelo aumento da autoestima (Menoita, 2014).

O prognóstico pós-AVC depende de vários fatores como o tipo, extensão e gravidade da lesão. A idade é um fator muito importante a ter em conta dado que quanto mais jovem for o cérebro, maior a sua capacidade de adaptação funcional (Menoita, 2014). O processo de reabilitação iniciado precocemente revela melhor prognóstico (nos primeiros 20 a 30 dias), sendo que grande parte das complicações associadas ao AVC como a trombose venosa profunda, úlceras por pressão, contraturas, pneumonias de aspiração, entre outros, encontram-se relacionadas com a imobilidade (European Stroke Organization, 2008).

As funções mais frequentemente alteradas na pessoa com AVC são alterações a nível da mobilidade, da motricidade facial, da linguagem, das funções cognitivas, da deglutição, do padrão de eliminação, da integridade cutânea, da sexualidade e emocional/social. Relativamente às alterações da mobilidade, a hemiparesia ou hemiplegia, é considerada como a principal causa de incapacidade grave, estando estas relacionadas com alterações força muscular, do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e da função sensorial (Menoita, 2014).

Estas alterações musculares da região do tronco e abdominal, para além de afetarem a mobilidade e controlo postural, também afetam o controle da respiração. Vários estudos constatarem que, na pessoa portadora de hemiplegia/hemiparesia, a ativação dos músculos abdominais encontra-se diminuída o que acarreta uma alteração da posição da caixa torácica, ficando tendencialmente em posição inspiratória. Para além destas alterações, também existe uma diminuição da excursão diafragmática e dos músculos torácicos do hemicorpo afetado, consequentes tanto da diminuição da força muscular, como do controlo postural ou mesmo por carência do estímulo que gera a respiração. Estas alterações podem assim originar fadiga e dispneia o que contribui para uma tosse ineficaz e aumento do risco de aspiração (Schuster, 2011).

3.1.2. Alterações do sistema respiratório.

Os sistema respiratório, com o envelhecimento, é dos primeiros a sofrer alterações. O envelhecimento causa alterações na constituição e na forma do tórax dado que existe redução da densidade óssea e assim diminuição e achatamento das vertebbras, diminuição dos discos intervertebrais, calcificação das articulações costo-externais e das cartilagens costais. Existe também uma diminuição da força muscular dos músculos respiratórios, diminuição da elasticidade das vias aéreas, entre outros (Cordeiro, & Menoita, 2012).

Para além destas alterações, no nosso país as doenças do foro respiratório crónicas rondam os 40% da população, sendo responsáveis por 19,3% dos internamentos. Destas doenças muitas vezes advém sintomatologia com repercussões nas atividades de vida diárias, condicionando a independência da pessoa e promovendo a progressão da doença (OE, 2018b).

De forma a combater esta declínio funcional na pessoa, a reabilitação respiratória tem vindo a tonar-se um padrão de cuidados recomendados no tratamento destas doenças, sendo os seus objetivos de âmbito holístico e interdisciplinar, que visam: diminuir os sintomas, promover a autonomia, a capacidade para o exercício físico, a participação social e a qualidade de vida (OE, 2018b).

Os principais sintomas das patologias respiratórias crónicas são a dispneia, tosse, expetoração e toracalgia, que levam a uma limpeza das vias aéreas ineficaz e à ventilação ineficaz (OE, 2018b).

Em caso da repouso no leito, existe uma redução em 2% da capacidade vital, 7% da capacidade pulmonar total, 19% do volume residual e cerca de 30% da capacidade residual funcional, sendo que tanto a capacidade vital como a capacidade de reserva funcional podem reduzir entre 25 a 50% perante um repouso prolongado no leito (OE, 2013).

Inicialmente existe um movimento limitado do tórax em decúbito dorsal bem como alterações consequentes da gravidade na perfusão do sangue no pulmão, existindo um desequilíbrio entre a perfusão e a ventilação. Este desequilíbrio pode dever-se à diminuição da excursão do diafragma, da amplitude do movimento do tórax e da respiração mais superficial que leva ao aumento da frequência respiratória. A estas alterações associados a um ineficiente

revestimento ciliar e a uma fraqueza dos músculos abdominais reduzem a eficácia da tosse levando à acumulação de secreções o que predispõe a pessoa à infeção. As complicações mais comuns neste contexto são a atelectasia e a pneumonia de estase (OE, 2013).

No caso das pneumonias, inicialmente o tratamento focaliza-se na restituição dos volumes pulmonares, prevenção de atelectasias e na diminuição do índice ventilação/perfusão. Quando a tosse começa a tornar-se mais produtiva torna-se essencial uma abordagem no âmbito da limpeza das vias aéreas. No decorrer do tratamento, o programa de exercícios aeróbicos e resistido também ser benéfico para a melhoria da funcionalidade da pessoa e no autocuidado (OE, 2018b).

3.1.3. Alterações músculo-esqueléticas.

O sistema músculo-esquelético é dos sistemas mais afetados pela imobilidade, existindo uma diminuição da força muscular, da contração muscular e da massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose. Estas alterações devem-se ao facto de quando ocorre o repouso prolongado no leito existir um decréscimo na síntese da proteína muscular, a par do decréscimo no catabolismo muscular e da massa muscular, mais acentuado nos membros inferiores. Estas alterações instalam-se nas primeiras horas de imobilidade (em 22% das pessoas) e daí advém uma perda da força muscular na ordem dos 4-5% por semana, sendo este efeito intensificado pela idade avançada, bem como na presença de doença aguda (OE, 2013).

O movimento é consequência da ação dos músculos sobre os ossos e articulações, sendo este processo involuntário ou voluntário. Os músculos representam 40% do nosso peso e para além de produzirem movimento também mantêm a postura e produzem calor através da sua contração (Hoeman, 2000). No entanto, estes são afetados pela da imobilidade pois desta advém a ativação de mecanismos bioquímicos que aumentam a proteólise e diminuem a síntese de proteínas o que no seu conjunto levam a transformações a nível da estrutura e do metabolismo do músculo, tendo como consequência a perda de massa muscular e da força de contração (OE, 2013).

O osso, por sua vez, reage ao estímulo e adapta-se a nível dos seus componentes e da sua massa, sendo o estímulo mais relevante a contração muscular e à força da gravidade. No leito a força da gravidade diminui cerca de 83%, o que em associação à perda da força muscular leva a uma perda gradual da densidade do osso. Na articulação, devido a diminuição ou ausência de movimento, existe menor fluidez de líquido sinovial bem como proliferação do tecido fibroso e gorduroso, o que despoleta situações de aderência entre as superfícies intra-articulares (OE, 2013).

Assim, os focos de intervenção em ER direcionam-se para o movimento muscular, rigidez articular, equilíbrio corporal e consequente implicação nos autocuidados

3.1.4. Focos de ER.

Os objetivos da intervenção de ER para a pessoa em situação de imobilidade baseiam-se na: prevenção de complicações associadas à diminuição/ausência do movimento, aumento da força muscular e mobilidade, manutenção e aumento da independência nas atividades relacionadas com o desempenho motor, prevenção de lesões/traumatismos durante a atividade, uso correto de dispositivos compensatórios sempre que necessário, ajustar-se/adaptar-se à alteração da mobilidade e compreensão das intervenções específicas que estão relacionadas com a alteração da mobilidade (Hoeman, 2000).

Com vista à maximização do potencial da pessoa em situação de imobilidade, as intervenções direcionam-se para: atividades em que a pessoa suporte o seu corpo em posições anatomicamente adequadas e funcionais, ensino de programas de exercícios terapêuticos com a finalidade de manter a mobilidade articular e o tônus, ensino de transferências, ensinos de programas preparatórios para a marcha, entre outros (Hoeman, 2000).

Em específico para a pessoa com AVC, como já referido anteriormente, as alterações mais afetadas são as relacionadas com a mobilidade, motricidade facial, linguagem, funções cognitivas, deglutição, padrão de eliminação, integridade cutânea, sexualidade e emocional/social (Menoita, 2014).

Relativamente às alterações da mobilidade é dado ênfase à alteração da força muscular (em particular às especificidades da hemiplegia ou hemiparesia), à alteração do tônus muscular no hemicorpo afetado (a flacidez inicial e/ou permanente e à hipertonía que usualmente se segue e da qual advém o padrão espástico) e ao treino do autocuidado (podendo recorrer a ajudas técnicas e produtos de apoio) (Menoita, 2014).

Quanto à motricidade facial, a reeducação dos músculos da face é um processo rigoroso e longo que tem por base um conjunto de exercícios realizados pela pessoa, requerendo bastante empenho e concentração. Recorre-se a exercícios como “unir as sobrancelhas”, “enrugar a testa”, “elevar as sobrancelhas”, “sorrir” e “assobiar” (Menoita, 2014, p. 136).

No que toca à linguagem, a avaliação da alteração é essencial, distinguindo entre afasia e disartria. Os objetivos de ER para a disartria baseiam-se no: controlo da respiração, aumento da força da musculatura oral, promover a qualidade vocal bem como a articulação de palavras, para tal recorre-se a diversos exercício terapêuticos como: fonação reflexo, terapia fisiológica, reeducação da musculatura facial e técnicas que ajudem a melhorar o discurso. A afasia, por seu lado, pode ser motora, sensorial, de condução ou global, existindo vários métodos de reeducação da afasia consoante a situação, tais como o método didático, de estimulação, pragmático e neo-clássico, entre outros (Menoita, 2014).

As alterações das funções cognitivas podem atingir cerca de 35,2% e pode afetar a recuperação funcional da pessoa, como tal é necessário entender qual o hemisfério afetado e quais as funções cognitivas que este abrange. Podemos nos deparar com alterações da memória na qual se recorre a terapias como a terapia de orientação para a realidade, reeducação comportamental ativa, terapia de reminiscência. Nas alterações das capacidade praxicas, ou seja, na perda da capacidade de execução de gestos previamente aprendidos, temos uma panóplia de apraxias, consoante o segmento corporal afetado (Menoita, 2014).

A disfagia orofaríngea é uma alteração da deglutição que afeta frequentemente a pessoa com AVC, sendo que a maioria recupera após a primeira semana. A disfagia orofaríngea está relacionada com a diminuição da força, tônus e/ou sensibilidade da musculatura da face, língua e/ou mandíbula, levando muitas vezes a complicações como aumento de secreções na cavidade oral que por sua vez podem levar à obstrução das vias aéreas e pneumonia de aspiração, desidratação, medo de comer/beber, entre outros. Assim, a ER tem como objetivos “melhorar

o tónus muscular, precisão e funcionalidade das partes moles envolvidas no processo de deglutição, estimulação das vias aferentes para um reflexo eficaz de deglutição” (Menoita, 2012, p. 152) e para tal são realizados exercícios com vista a aumentar a resistência muscular, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea, exercícios de mobilidade laríngea, manobras posturais e manobras compensatórias das vias aéreas (Menoita, 2014).

As alterações do padrão de eliminação devem-se não só à diminuição da atividade reflexa do intestino e movimentos peristálticos (dada a diminuição da mobilidade), mas também pelas características das instalações sanitárias. Quanto à eliminação intestinal, é imperativo a privacidade e conforto da pessoa, a regularidade e o recursos e quando necessário a manobras de estimulação da eliminação. A reeducação vesical é mais complexa, sendo útil recorrer a exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (Menoita, 2014).

Quanto às alterações da integridade cutânea, as úlceras por pressão são as mais significativas, pelo que a instituição desde logo de um plano preventivo é essencial, iniciando-se pela avaliação do risco, a manutenção da integridade cutânea e a proteção contra efeitos das forças externas. As dermatites de contato são outra lesão de relevância, sendo aqui também a prevenção a melhor estratégia, sendo fundamental o controlo das causas da incontinência, a proteção da pele e a sua monitorização (Menoita, 2014).

A pessoa com deficiência decorrente do AVC é usualmente vista como um ser assexuado por não ser autónoma, pelo que inicialmente deve-se focar aspetos educativos como a educação e informação sexual a par da desmistificação de crenças erróneas, sendo essencial a participação dos dois parceiros, incentivando à comunicação e ao investimento de mais tempo em atividades a dois, para além da interação sexual (Menoita, 2014).

Por fim, as alterações emocionais/sociais, consequência indiretas do AVC afetam o empenho da pessoa no seu processo de reabilitação. Sentimentos como irritabilidade e impulsividade podem representar um obstáculo no processo de aprendizagem. A depressão pós-AVC, tende a aumentar o período de internamento hospitalar e o grau de dependência funcional. Deste modo, torna-se essencial que o EEER proporcione um ambiente terapêutico relaxado, estabelecendo uma relação de confiança, confidencialidade, segurança, partilha e de reforço

positivo, não descorando a importância da socialização com a rede de suporte da pessoa (Menoita, 2014).

Nas alterações respiratórias temos como principais foco de ER a limpeza das vias aéreas ineficaz e à ventilação ineficaz. A técnica da limpeza das vias aéreas está indicada para prevenção da retenção e para a remoção de secreções, recorrendo a técnicas convencionais (por exemplo: drenagem postural, manobras acessórias, tosse assistida e dirigida, ciclo ativo das técnicas respiratórias) e instrumentais (por exemplo: aspiração da via aérea, pressão positiva expiratória). A ventilação ineficaz pode ter diversas causas (atelectasias, alterações da caixa torácica, entre outros), sendo que para a melhoria da ventilação recorre-se a técnica de reeducação funcional respiratória como: posicionamento, técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com lábios semicerrados, reeducação diafragmática e reeducação costal (OE, 2018b).

Torna-se assim essencial um planeamento dos cuidados de ER, quando a pessoa se encontra em situação de imobilidade com vista à prevenção de complicações e maximização do seu potencial. Deste modo e com base no suporte bibliográfico foram definidos como focos de atenção de ER deste projeto de intervenção, para a capacitação da pessoa no autocuidado transferir-se, a mobilidade no leito (movimento muscular e posicionamento) e as transferências (equilíbrio corporal, pôr-se de pé e transferir-se). Como tal, a população alvo são as pessoas internadas neste serviço com a capacidade para transferir-se comprometida.

4. Definição de Objetivos

Durante o Estágio Final deste Mestrado em Enfermagem é esperado o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, a par das específicas de EEER e das de mestre.

As competências comuns de Enfermeiro Especialista, são transversais a todos os enfermeiros especialistas, qualquer que seja a sua área de especialidade e abrangem quatro grande áreas de competência: do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria continua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No âmbito das competências específicas do EEER temos os cuidados à pessoa “com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010, p.2), capacitação da pessoa “com deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010, p.2) e a maximização da funcionalidade para desenvolver as capacidades da pessoa (OE, 2010).

Os objetivos de mestre, definidos pelo Decreto-Lei N.º 65/2018, abarcam a capacidade de possuir tanto conhecimentos como capacidade de compreensão, com capacidade para os desenvolver e aprofundar tanto em contextos originais como de investigação, sabendo aplicá-los também em situações novas e em contextos multidisciplinares relacionados com a sua área de estudo. Estão incluídas ainda, a capacidade para agregar conhecimentos, lidando com situações complexas e desenvolver soluções/emitir juízos nas situações em que a informação é limitada/incompleta, refletindo acerca de questões éticas e sociais. A capacidade de comunicar estas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios a elas inerentes tal como a capacidade de realizar uma aprendizagem ao longo da vida de um modo maioritariamente autónomo finalizam esta panóplia de objetivos inerentes ao grau de mestre.

O objetivo geral deste relatório é demonstrar a aquisição de competências, de EEER resultantes da prestação de cuidados de ER na população admitida no contexto da prática clínica. Como segundo aspeto apresenta-se a planificação e implementação de um plano de intervenção profissional de ER com o intuito de capacitar a pessoa com alteração do autocuidado transferir-se. Como tal, definiram-se como objetivos gerais:

- Melhorar a capacidade de avaliação das pessoas com problemas de funcionalidade;
- Aumentar o conhecimento e capacidade de utilização dos instrumentos objetivos para melhoria da funcionalidade;
- Otimizar a capacidade de intervenção em ER na área motora;
- Promover a reinserção social da pessoa, através da sua autonomização;
- Melhorar capacidade de desenvolver projetos, bem como a capacidade de refletir sobre os resultados obtidos que demonstrem a eficácia dos cuidados de ER;
- Aprofundar a capacidade para utilizar a evidencia científica, sabendo aplicá-los também em situações novas e em contextos multidisciplinares;
- Aprofundar a capacidade de comunicar contributos para a evolução dos conhecimentos em ER.

Para dar resposta às necessidades das pessoas internadas neste serviço de medicina, tendo em vista a intervenção do EEER, o presente projeto de intervenção profissional teve como objetivo geral: capacitar a pessoa para o autocuidado transferir-se. Como tal, e para chegar a esta fase foi necessário definir os seguintes objetivos específicos:

- Melhorar a força muscular;
- Melhorar o equilíbrio
- Promover o autocuidado transferir-se através da implementação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação com base no grau de dependência do participante, em conjunto com os objetivos do mesmo.

5. Projeto de Intervenção Profissional

Neste capítulo será realizada uma análise do projeto de intervenção desenvolvido num serviço de medicina do Algarve. Será descrita a metodologia utilizada ao longo do projeto, os critérios de inclusão para a seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, o plano de intervenção e uma discussão acerca dos resultados obtidos, a par das considerações finais do sobre o projeto. O plano baseou se nas melhores praticas referentes à pesquisa bibliográfica.

5.1 Fundamentação teórica

Para a implementação deste projeto de intervenção foi definido um plano de intervenção em ER constituído por atividades e exercícios terapêuticos que se direcionam para os problemas funcionais que a pessoa apresenta que interferem com o autocuidado transferir-se, nomeadamente a força muscular e o equilíbrio.

As atividades e exercícios terapêuticos são um treino planeado e sistematizado de movimentos do corpo, de posturas e/ou atividades físicas. Devem ser individualizados consoante as necessidades de cada pessoa para melhorar a sua funcionalidade e prevenir a imobilidade (Kisner, & Colby, 2009).

Os objetivos principais destas atividades e exercícios terapêuticos relacionam-se com: aumento/manutenção do desempenho muscular, restabelecer a amplitude do movimento funcional, adequar o estado de relaxamento muscular, restabelecer a coordenação motora e controlo neuromuscular, restabelecer o equilíbrio, adequação do tónus muscular, aumento/manutenção da resistência geral à fadiga e reequilíbrio/manutenção do alinhamento postural (Deliberato, 2007).

As técnicas de mobilização, que promovem a recuperação da mobilidade corporal, são o primeiro objetivo a ter em conta na processo de reabilitação. Este dizem respeito ao movimento de um segmento corporal dentro de uma amplitude livre e podem ser passivos

(realizados pelo enfermeiro), ativos-assistidos (parte do movimento é realizado pela pessoa, outra parte pelo enfermeiro), ativos (quando o movimento é realizado pela pessoa) e ativos-resistidos (quando é imposta uma resistência ao movimento realizado pela pessoa) (Deliberato, 2007).

As mobilizações passivas estão indicadas em tecidos com inflamação aguda e quando a pessoa não é capaz ou está impedido de realizar o movimento e tem o intuito de manter a mobilidade articular e do tecido conjuntivo, diminuir os efeitos da formação das contraturas, manter a elasticidade muscular, minimizar ou inibir a dor, ajudar a pessoa a manter a percepção dos movimentos, entre outros (Kisner, & Colby, 2009).

As técnicas ativas e ativas-assistidas têm vários objetivos, de entre os quais: manter a elasticidade e contratilidade muscular, promover a coordenação e as aptidões motoras para atividades funcionais. Estão indicados sempre que a pessoa seja capaz de contrair o músculo ativamente e mobilizar o segmento (com ou sem ajuda), em situações em que um segmento necessita de imobilização é utilizada nas regiões acima e abaixo, quando a pessoa apresenta músculo fraco sendo incapaz de mover a articulação na sua amplitude desejada. Neste último caso a técnica ativa-assistida proporciona uma ajuda controlada de modo a que os músculos funcionem na sua forma máxima e sejam fortalecidos progressivamente. Estas técnica deve ser aplicada de forma suave e rítmica, como exemplificado na figura 3 num exercício de mobilização da articulação coxo-femural, realizando entre 5 a 10 repetições (Kisner, & Colby, 2009).

Figura 3. Exercícios de mobilização da articulação coxo-femural – adução/abdução



Fonte: Menoita (2014)

As mobilizações ativas-resistidas têm como vantagens o facto de serem mais efetivas no estádios iniciais de reabilitação (quando os músculos se apresenta mais fracos), são uma forma de transição entre as técnicas manuais assistidas e os resistidos mecânicos, a resistência é adaptada e graduada de modo mais preciso, o musculo trabalha na sua forma máxima, têm bons resultados no fortalecimento estático e dinâmico, entre outros. Algumas das suas desvantagens passam pela limitação à força do profissional, apresentam pouco valor em músculos mais fortes e a subjetividade da carga do exercício. O número de repetições depende da resposta da pessoa, no entanto usualmente entre as 8 a 12 repetições (com momentos de pausa) tanto a pessoa como o profissional começam a apresentar fadiga muscular (Kisner, & Colby, 2009).

Os exercícios de terapêuticos revestem-se de importância para a recuperação funcional da pessoa e englobam exercícios tais como o rolar/levantar, ponte (figura 4), transferências, exercícios de equilíbrio, entre outros. É recomendado iniciar os exercícios terapêuticos pelo rolar, movimento que a pessoa inicia espontaneamente para virar-se na cama (Menoita, 2014). O rolar e levantar é uma atividade de alinhamento importante na maturação e que retrata a independência da pessoa para a realização de outras atividades físicas essenciais. A ponte facilita a elevação da bacia, ativa toda a musculatura do tronco, estimula tanto a sensibilidade postural como a mudança de posição no leito e a preparação para adquirir a posição de sentado e posteriormente a posição em pé (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Figura 4. Exercícios terapêutico – ponte



Fonte: Menoita (2014)

O ensino do posicionamento é outro passo essencial para prevenir a imobilidade, sendo a sua frequência relacionada com o conforto, quantidade de movimento espontâneo, edema, perda sensorial, o estado geral físico e mental, bem como o tempo (Hoeman, 2000). Quando a pessoa apresenta controlo nos posicionamentos no leito é possível avançar para posturas como sentada para em pé e transferências que são atividades que podem ser mais desafiantes (O'Sullivan, & Schmitz, 2004).

O equilíbrio é o processo dinâmico através do qual o corpo mantém a sua estabilidade, em repouso (equilíbrio estático) ou em movimento (equilíbrio dinâmico). No entanto, esta é uma tarefa de controlo motor é complexa que engloba a incorporação de informações sensoriais que avaliam a posição e movimento do corpo, a par da realização das respostas musculoesqueléticas adequadas de forma a manter o controlo da posição do corpo no contexto e na tarefa (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

São vários os fatores que podem comprometer o equilíbrio como a idade avançada, polimedicação, polipatologias, défice na mobilidade, diminuição da força muscular e distúrbios na marcha e as quedas consequentes (Marques-Vieira, & Sousa, 2017). Assim, o treino do equilíbrio é outro elemento chave, sendo o equilíbrio sentado fundamental para integrar treino de marcha. (Hoeman, 2000). A posição de sentado permite também melhorar o controlo do tronco, dos membros superiores, da cabeça e pescoço, permite a sustentação do peso pela extremidade superior do corpo, permite a aquisição de uma postura funcional e melhora as reações do equilíbrio (O'Sullivan, & Schmitz, 2004).

O treino de equilíbrio sentado realiza-se com a pessoa sentada na beira da cama com pés pendentes (figura 5), firmemente apoiados no chão ou num degrau. Se a pessoa realizar os exercícios mantendo o equilíbrio, reúne condições para iniciar treino de marcha. No treino de equilíbrio de pé, a pessoa desliza até à beira da superfície onde está sentada, empurra-se para baixo com os membros superiores e inferiores, afim de inclinar-se para a frente até alcançar a posição de pé. Ficar em pé requer treino, desde manter a posição ortostática com apoio de uma superfície estável até ser capaz de manter o equilíbrio do tronco enquanto mobiliza os membros (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Figura 5. Exercícios de equilíbrio dinâmico sentado



Fonte: Menoita (2014)

Os exercícios de equilíbrio também podem ser realizados em cadeira-de-rodas que oferecem um melhor equilíbrio estático e dinâmico do tronco, uma maior independência na realização dos autocuidados e fortalecem a musculatura dos membros superiores. Os exercícios em cadeira-de-rodas são: equilíbrio estático e dinâmico sentado, inclinação lateral do tronco, avião, push-up e flexão do tronco (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

A bola terapêutica/suiça tem vindo a ganhar visibilidade pela sua componente motivacional e por complementar os exercícios de força muscular, equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade, relaxamento, consistência corporal e trabalho aeróbio. São já diversos os estudos que comprovam os seus benefícios em pessoas com doença de Parkinson e AVC (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

A bola terapêutica (figura 6), pela sua superfície instável, aumenta a ativação dos músculos responsáveis pela estabilização do tronco. Os seus objetivos direcionam-se para a otimização dos exercícios respiratórios, otimização de exercícios musculares e articulares, aumento da força muscular e a coordenação motora, entre outros. Estes exercícios estão indicados para pessoas com diversas patologias como AVC, doença de Parkinson e esclerose múltipla, salvaguardando a necessidade de avaliação prévia da pessoa e do meio, a necessidade de aquecimentos (prévios) e alongamentos (no final), parar em caso de queixas álgicas ou

instabilidade hemodinâmica e o ciclos respiratório com controlo da respiração (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Figura 6. Posição de utilização da bola terapêutica – cowboy



Fonte: Marques-Vieira, & Sousa (2017)

O treino de pôr-se de pé (figura 7) melhora o controlo da cabeça e pescoço, do tronco e os membros inferiores, permite a sustentação do peso pelo membros inferiores, melhora as reações do equilíbrio e permite a aquisição de uma postura funcional (O’Sullivan, & Schmitz, 2004).

Figura 7. Assistir a pessoa a pôr-se de pé



Fonte: Veiga et al. (2011)

A partir da posição de pé, é realizada a instrução e treino do rodar-se e sentar-se na cadeira-de-rodas, ou seja, transferir-se. Transferir-se é assim a capacidade de passar de uma superfície para outra, ou neste caso em concreto, da cama para a cadeira, sendo um problema usual nos idosos institucionalizados, sendo que esta capacidade diminui em consequência de situação de doença aguda e hospitalizações, mas que apresenta bons resultados face a um processo de reabilitação (Alexander, Grunawalt, & Augustine, 2000). Tendo em conta a situação clínica da pessoas, o levantar e as transferências requerem especificações, nomeadamente no caso da pessoa com AVC (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

5.2 Metodologia

O presente estudo é do tipo de investigação-ação pois caracteriza-se por ser uma intervenção na prática profissional de ER, com o intuito de proporcionar uma melhoria dos cuidados (Coutinho, 2015). Realizou-se numa medicina de um hospital da região do Algarve, no período entre 17 de setembro a 25 de novembro de 2018, sendo as atividades devidamente organizadas num cronograma (Apêndice A). A amostra foi de conveniência, a 8 pessoas, num período de 11 semanas. Na seleção dos participantes foram definidos como critérios de inclusão: ser adulto, apresentar défice no autocuidado transferir-se, revelar potencial de melhoria e com capacidade para aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

Este estudo foi autorizado, após a submissão da proposta do projeto de investigação, pela comissão de Ética para a Saúde do centro hospitalar em questão, do Algarve (Apêndice B). O consentimento informado (Apêndice C) permitiu utilizar os dados dos participantes, mantendo o seu anonimato. Foram também colhidos dados sociodemográficos, através de um questionário construído (Apêndice D).

Foi definido um plano de intervenção (Apêndice E), com base na pesquisa bibliográfica realizada, dividido em duas etapas. A primeira etapa apresentou como foco a “mobilidade no leito”, tendo como variáveis o “movimento muscular” e o “posicionar-se”. As intervenções de enfermagem do “movimento muscular” direcionar-se para as técnicas de mobilização muscular

e articular, com o intuito de prevenir complicação decorrentes da imobilização e o fortalecimento muscular. As intervenções de enfermagem do “posicionar-se” para a instrução e treino de técnicas de adaptação para posicionar-se, com o intuito de melhorar a técnica.

Na tabela 1 encontra-se esquematizado a 1ª etapa do plano de intervenção, de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2014), de modo a facilitar a sua compreensão.

Tabela 1. 1ª etapa do plano de intervenção de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação

1ª ETAPA → FOCO: MOBILIDADE NO LEITO		
Variável	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados
Movimento muscular	- Monitorizar força muscular através da escala de Força Muscular Modificada;	- Prevenir complicações decorrentes da imobilização;
↓	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo;	
↓	- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar;	-Fortalecimento muscular;
<u>Critério de diagnóstico:</u>	- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido;	
Avaliação da força muscular	- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos;	
	- Executar técnica de exercício muscular e articular resistido;	
	- Supervisionar o movimento muscular.	
Posicionar-se	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se;	- Melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se
↓	- Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se;	
<u>Critério de diagnóstico:</u>	- Treinar técnica de adaptação para posicionar-se.	

Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se		
--	--	--

Nota: Adaptado de OE (2014)

A segunda etapa apresentou como foco as “transferências”, tendo como variáveis o “equilíbrio corporal”, o “pôr-se de pé” e o “transferir-se”. As intervenções de enfermagem referentes ao “equilíbrio corporal” basearam-se em técnicas de treino de equilíbrio com o intuito de melhorar o equilíbrio e manter o alinhamento corporal. Na variável “pôr-se de pé” foi avaliada a capacidade da pessoa em colocar-se de pé, com auxiliares se necessário, incentivada e orientada na técnica tendo como resultados esperados a promoção do ortostatismo e a preparação para o treino de marcha. Por fim, nas “transferências” foi realizada a instrução e treino da técnica da transferência.

Na tabela 2 encontra-se esquematizado a 2ª etapa o plano de intervenção, de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2014), de modo a facilitar a sua compreensão.

Tabela 2. 2ª etapa do plano de intervenção de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação

2ª ETAPA → FOCO: TRANSFERÊNCIAS		
Variável	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados
Equilíbrio corporal	- Aplicar dispositivo auxiliar;	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico;
	- Avaliar equilíbrio corporal;	
↓	- Estimular a manter o equilíbrio corporal;	- Manter alinhamento corporal.

<p><u>Critério de diagnóstico:</u></p> <p>Avaliar equilíbrio corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de treino de equilíbrio; - Monitorizar equilíbrio corporal através de escala; - Orientar na técnica do equilíbrio. 	
<p><u>Pôr-se de pé</u></p> <p>↓</p> <p><u>Critério de diagnóstico:</u></p> <p>Avaliar a pessoa a pôr-se de pé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Advogar o uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Incentivar a pôr-se de pé; - Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Orientar para pôr-se de pé; - Orientar no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Planear o pôr-se de pé; - Providenciar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; - Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o ortostatismo; - Preparar para o treino de marcha.
<p><u>Transferir-se</u></p> <p>↓</p> <p><u>Critério de diagnóstico:</u></p> <p>Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação/dispositivo auxiliar para transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre uso do dispositivo auxiliar para transferir-se; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar no uso do dispositivo auxiliar para transferir-se. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar capacidade para usar-se técnica de adaptação para transferir-se.

Nota: Adaptado de OE (2014)

O número de intervenções por etapa foi ajustado consoante os resultados atingidos de cada pessoa. O plano requereu cuidados de ER com duração média de 30 minutos, tendo em conta as atividades em média estipuladas, necessitando de: monitor de parâmetros vitais, cadeira-de-rodas, barra lateral do corredor/leito, meios auxiliares de marcha, bola suíça, fita elástica, ciclo ergómetro e suporte em papel para registo dos dados.

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizadas as seguintes escalas:

- Escala de Força Muscular Modificada (Anexo A), que permite avaliar a força muscular tendo em conta a ausência ou presença de contração muscular, com ou sem ausência da gravidade. Divide-se em 9 tópicos, desde a ausência de contração muscular (score 0) até ao movimento muscular completo contra resistência total (score 5);

- Escala de Equilíbrio de Berg (Anexo B), validade para a população portuguesa, que determina o equilíbrio funcional bem como o risco de queda. Esta escala é composta por 14 testes com várias alternativas cada, que avaliam as capacidade da pessoa para sentar, ficar de pé, alcançar objetos, rodar em volta de si próprio, olhar por cima dos ombros, permanecer em pé com apoio unipodal e subir/descer degraus. A sua pontuação varia de 0 (mau equilíbrio) a 56 (bom equilíbrio) pontos;

- Escala de Barthel (Anexo C), à semelhança da anterior, validade para a população portuguesa, para avaliar o índice de dependência em dez autocuidados: alimentação, transferências, tolete, uso do wc, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo urinário e intestinal. Esta permite avaliar o que a pessoa consegue fazer e com que ajuda (física ou verbal). A pontuação varia de 0 (dependente total) a 100 (autónomo) pontos.

As estratégias com vista à implementação do projeto, foram as seguintes:

- Realizar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para o autocuidado transferir-se com base no grau de dependência do participante, em conjunto com os objetivo do mesmo;

- Ajustar o plano ao longo da intervenção, de acordo com as necessidade e objetivos do participante;

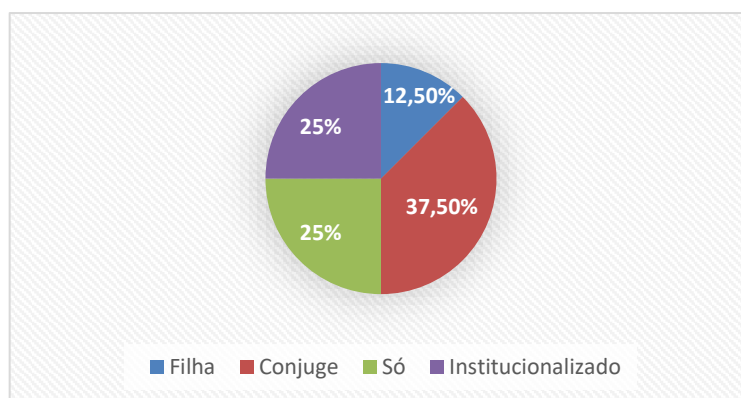
- Realizar avaliação no início e final da intervenção, sendo o final o momento da alta/transferência ou se alcançada a autonomia no autocuidado transferir-se, com segurança.

6. Resultados da Implementação do Projeto

A amostra, tendo em conta os critérios de seleção, é composta por oito pessoas (N=8). A média de idades da amostra selecionada para o estudo é de 81 anos, variando as idades entre 63 a 90 anos. Verifica-se que a doença mais prevalente é o AVC (62,5%), existindo um caso de pneumonia de aspiração em contexto de doença de Parkinson, um caso de pneumonia na comunidade com antecedente de AVC e um caso de doença renal crónica agudizada com antecedente de doença osteoarticular. Desta amostra, 87.5% apresentam 2 ou mais comorbilidades.

Em termos de agregado familiar, como representado na figura 8, 37.5% da amostra viva com cônjuge, 25% vivia só, 25% estava institucionalizado e 12,5% vivia com a filha.

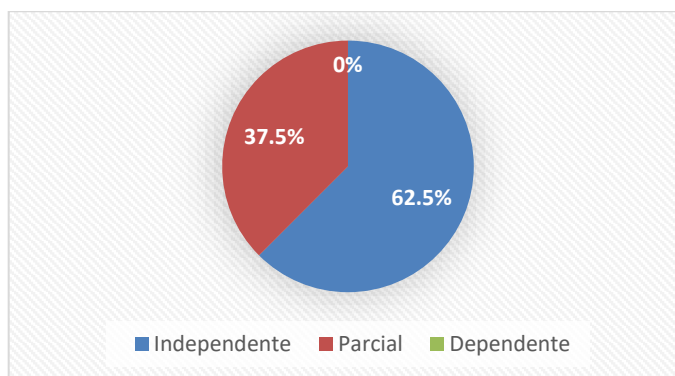
Figura 8. Agregado familiar dos participantes



Fonte: Elaborado pelo autor

Relativamente às dependências prévias ao internamento, como demonstrado na figura 9, 37,5% dos participantes era parcialmente dependente nos autocuidados e 62.5% era independente nos autocuidados.

Figura 9. Dependências nos autocuidados dos participantes previamente ao internamento



Fonte: Elaborado pelo autor

6.1. Melhoria da força muscular

A avaliação da força muscular, realizada com recurso à Escala de Força Muscular Modificada (tabela 3), demonstrou que anteriormente à implementação do plano de intervenção, o nível de força dos participantes nos segmentos do ombro e cotovelo de ambos os membros superiores bem como o punho e dedos da mão direita apresentava-se 37.5% entre 0 – 3⁺ e 62.5% entre 4⁻ - 5. Nos segmentos do punho e dedos da mão esquerda 50% entre 0 – 3⁺ e 50% entre 4⁻ - 5.

Após a intervenção, o nível de força nos segmentos do ombro, cotovelo de ambos os membros superiores, punho e dedos da mão direita apresentava-se 12.5% entre 0 – 3⁺ e 87.5% entre 4⁻ - 5. Nos segmentos do punho e dedos da mão esquerda 25% entre 0 – 3⁺ e 75% entre 4⁻ - 5.

Anteriormente à intervenção, nos segmento do membro inferior direito 37.5% dos participantes tinham um nível de força entre o 0 – 3⁺ e 62.5% entre 4⁻ - 5. A nível do segmento do membro inferior esquerdo, 25% apresentava um nível de força entre o 0 – 3⁺ e 75% entre 4⁻ - 5.

Após a intervenção nos segmento do membro inferior direito somente 25% dos participantes mantinham um nível de força entre o 0 – 3⁺ e 75% entre 4⁻ - 5. A nível do segmento do membro inferior esquerdo, 12.5% apresentava um nível de força entre o 0 – 3⁺ e 87.5% entre 4⁻ - 5. Na globalidade, constatou-se uma melhoria da força muscular no final da intervenção, encontrando-se a maioria dos intervenientes com uma força igual a 4⁻ (movimento completo somente contra a gravidade e resistência mínima) ou superior (4 – movimento completo somente contra a gravidade e resistência moderada; 4⁺ - movimento completo somente contra a gravidade e forte resistência; 5 – movimento completo contra resistência total).

Tabela 3. Resultados da avaliação da Escala de Força Muscular Modificada

Antes	Ombro		Cotovelo		Punho		Dedos		Coxo-femoral		Joelho		Tibiotársica		Dedos	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
0	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-
3+	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%
4	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%
4	12.5%	37.5%	12.5%	37.5%	12.5%	25%	12.5%	25%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%
4+	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%
5	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	37.5%	25%	37.5%	25%	37.5%	25%	37.5%	25%
Após	Ombro		Cotovelo		Punho		Dedos		Coxo-femoral		Joelho		Tibiotársica		Dedos	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
0	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3+	-	12.5%	-	12.5%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%
4	37.5%	37.5%	37.5%	37.5%	37.5%	37.5%	37.5%	37.5%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%
4	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	-	-	-	-	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%	-	12.5%
4+	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
5	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	25%	12.5%	37.5%	25%	37.5%	25%	37.5%	25%	37.5%	25%

6.2. Melhoria do equilíbrio

Na avaliação do equilíbrio funcional, através da avaliação Escala de Equilíbrio de Berg, todos os participantes apresentavam mau equilíbrio no início da intervenção. Após a intervenção metade da amostra mantinha mau equilíbrio, 35,5% equilíbrio aceitável e 12,5% bom equilíbrio, como se pode constatar na tabela 4. A par do constatado na monitorização da força muscular, também a nível do equilíbrio funcional se verificou uma evolução positiva em metade da amostra, pois antes da intervenção todos os participantes apresentavam mau equilíbrio e após a intervenção apenas metade mantinham o mau equilíbrio.

Tabela 4. Resultados da avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg	Antes	Após
0 – 20 – mau equilíbrio	100%	50%
> 20 e < 40 – equilíbrio aceitável	0%	37.5%
40 – 56 – bom equilíbrio	0%	12.5%

Fonte: Elaborado pelo autor

6.3. Promoção do autocuidado transferir-se

Relativamente ao autocuidado transferir-se, avaliado através do tópico “transferências” da Escala de Barthel (tabela 5), antes e após o plano de intervenção, metade da amostra apresenta score 0 ou seja, era dependente, não tinha equilíbrio sentado e a restante metade necessitava de muita ajuda, mas podia manter-se sentado. Após a intervenção, 0% era dependente, 25% necessitava de muita ajuda, 62.5% de alguma ajuda, verbal ou física e 12.5% era independente.

Podemos aferir que a melhoria da força muscular e do equilíbrio funcional contribuiu para a evolução positiva no autocuidado transferir-se uma vez que no início da intervenção metade da população não tinha equilíbrio sentado e a restante metade necessitada de ajuda para se sentar e transferir-se e no final da intervenção foi possível que toda a população da amostra

adotasse a posição de sentado com equilíbrio, sendo que a maioria apenas necessita de alguma ajuda ou supervisão para se sentar e posteriormente transferir-se para outra superfície.

Tabela 5. Resultados da avaliação do autocuidado transferir-se, da Escala de Barthel

Transferir-se	Antes	Após
0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado	50%	0%
5 – Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	50%	25%
10 – Precisa de alguma ajuda	0%	62.5%
15 – Independente	0%	12.5%

Fonte: Elaborado pelo autor

6.4. Evolução dos restantes autocuidados

Através da avaliação da escala de Barthel foi possível colher dado acerca dos restantes autocuidados (tabela 6), para além dos autocuidado transferir-se, sendo que em todos eles se denotou uma evolução positiva na amostra. O autocuidado em que a evolução foi mais significativa foi relativamente à “mobilidade” e ao “subir e descer escadas”. No início da intervenção 100% da amostra era considerada “imóvel”, no final apenas 50% e no “subir e descer escadas”, no início 100% era dependente e no final apenas 50%. Por outro lado, foi nos autocuidados “banho”, “controlo intestinal” e “controlo urinário” onde a evolução foi menos acentuada, apenas de 12,5%. A nível do autocuidado “alimentação”, a maioria da amostra era incapaz de se alimentar, necessitando de apoio permanente de terceiros, por outro lado, no final da intervenção a maioria apenas necessitava da ajuda para, por exemplo, barrar ou cortar alimentos ou já se encontrava independente neste autocuidado.

Tabela 6. Resultados da avaliação dos restantes autocuidados, da Escala de Barthel

Alimentação	Antes	Após
Dependente	62,5%	37,5%
Precisa de alguma ajuda	37,5%	37,5%
Independente	0%	25%
Toalete	Antes	Após
Dependente, necessita de alguma ajuda	87,5%	50%
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	12,5%	50%
Utilização do wc	Antes	Após
Dependente	75%	50%
Precisa de alguma ajuda	25%	37,5%
Independente	0%	12,5%
Banho	Antes	Após
Dependente, necessita de alguma ajuda	100%	87,5%
Toma banho só (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	0%	12,5%
Mobilidade	Antes	Após
Imóvel	100%	50%
Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	0%	0%
Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda	0%	37,5%
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortótese)	0%	12,5%
Subir e descer escadas	Antes	Após
Dependente	100%	50%
Precisa de ajuda	0%	37,5%
Independente, com ou sem ajudas técnicas	0%	12,5%
Vestir	Antes	Após
Impossível	62,5%	25%
Com ajuda	37,5%	62,5%
Independente	0%	12,5%
Controlo intestinal	Antes	Após
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	62,5%	50%
Acidentes ocasional	0%	0%

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de 37,5% 50%
supositórios ou similares

Controlo urinário	Antes	Após
Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	75%	62,5%
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	0%	0%
Controla perfeitamente, sem acidentes, mesmo algaliado deste que seja capaz de manejar a algália sozinho	25%	37,5%

Fonte: Elaborado pelo autor

6.5. Evolução do grau de dependência

Em relação ao índice de dependência nos autocuidados, através da avaliação da escala de Barthel (tabela 7), antes da implementação do plano de intervenção, metade da amostra era dependente total e a restante metade dependente grave. Após a intervenção, 12,5% mantinha-se dependente total, 25% dependente grave, 50% dependente moderado e 12,5% dependente leve.

Tabela 7. Resultados da avaliação da Escala de Barthel

Escala Barthel	Antes	Após
> 20 pontos – dependente total	50%	12.5
≥ 20 e ≤ 40 pontos – dependente grave	50%	25%
> 40 e ≤ 60 pontos – dependente moderado	0%	50%
> 60 e ≤ 99 pontos – dependente leve	0%	12.5
100 – Autónomo	0%	0%

Fonte: Elaborado pelo autor

6.6. Discussão dos resultados e considerações finais

Tendo em conta os resultados obtidos, importa discuti-los considerando a evidência encontrada, tendo em conta os objetivos inicialmente delineados. Relativamente aos dados sociodemográficos, verificou-se que a média de idades foi de 81 anos, esta é compatível com a realidade encontrada no nosso país e na região do Algarve, de uma população envelhecida. A patologia mais frequente foi o AVC, o que vai de encontro à realidade do serviço, que tem predomínio do AVC e de doenças do foro respiratório. A grande maioria da amostra apresentava situações de comorbilidades, que segundo a pesquisa efetuada, é uma realidade crescente em Portugal. Em termos de agregado familiar, a realidade encontrada é diversa, não sendo possível estabelecer um padrão. Desta amostra foi possível também verificar que mais de metade era, previamente ao internamento, independente nos autocuidados e 37,5% dependente parcial. Da pesquisa realizada, sabemos que da imobilidade advém perda da força muscular sendo esta intensificada pela idade e doença aguda, pelo que se esperou encontrar uma amostra com alterações na força muscular e consequentemente no equilíbrio corporal assim como no autocuidado transferir-se.

Para dar resposta aos objetivos definidos foi avaliada a força muscular, o equilíbrio corporal e o autocuidado transferir-se. A avaliação da força muscular inicial permitiu-nos aferir que vários elementos da amostra demonstravam, em alguns segmentos corporais, força inferior a 4-, ou seja, movimento corporal que não venciam resistência e que por vezes não era completo. A fim de melhorar a mesma foram implementadas diversas intervenções de acordo com a pesquisa realizada, com o intuito de melhorar a força muscular. No final da intervenção a grande maioria da amostra, nos diversos segmentos corporais, apresentava força igual ou superior a 4-, o que significa que para além de conseguirem realizar movimento completo, já venciam alguma resistência. Em relação ao equilíbrio corporal foi possível aferir que, no início, a amostra apresentava uma média baixa (mau equilíbrio) o que tem repercussões na realização dos autocuidados, nomeadamente nas transferências, acarretando diversos riscos. Após o treino do equilíbrio corporal, tendo em conta o conhecimento adquirido, a avaliação final permitiu-nos verificar que metade da amostra apresentou uma evolução positiva, passando para equilíbrio aceitável (37,5%) e bom equilíbrio (12,5%). Estes resultados são congruentes com os de Hopkins et al. (2016), que demonstrou que um programa de mobilidade permite ganhos na força muscular e no equilíbrio corporal.

A avaliação do autocuidado transferir-se permitiu-nos verificar que inicialmente metade da amostra não apresentava equilíbrio sentado sendo, portanto, dependente total no mesmo, e que a restante metade necessitava de ajuda de outra pessoa. No final da intervenção, com o treino do autocuidado transferir-se, apenas 25% necessitava de ajuda de outra pessoa, sendo que a restante totalidade dos participantes apenas necessitava de alguma ajuda ou era independente. Assim verificou-se uma maior capacidade para o autocuidado transferir-se com a implementação do projeto de intervenção, tanto na melhoria da força muscular, da capacidade para rodar, para suportar o peso e para pôr-se de pé, tal como refere Hopkins et al. (2016). Este estudo refere-nos também que os programas de mobilidade promover o autocuidado na sua generalidade, o que também foi possível aferir ao avaliar os restantes autocuidados bem como o score final da escala de Barthel, pois no início da intervenção metade da amostra era dependente total e a restante metade dependente grave, no final foi possível constatar uma evolução de mais de 50% da amostra, sendo a maioria dependente moderado ou leve.

Assim, os resultados do estudo demonstraram uma evolução positiva no aumento da força muscular, equilíbrio funcional e no autocuidado “transferir-se”, através da monitorização das três escalas utilizadas, tendo como referência a avaliação antes e após da implementação do plano de intervenção de ER. A par destas conclusões, foi possível constatar que no âmbito geral, houve uma evolução positiva em todos os autocuidados, embora a evolução seja mais marcada a nível da mobilidade.

Importa ressaltar que pelo perfil de participantes do estudo, a duração da intervenção (cerca de 30 minutos) demonstrou-se como adequada, pois no final da intervenção os participantes já demonstravam sinais de cansaço e de pouco empenho nas atividades, solicitando momento de pausa. É de referir como limitação o número reduzido de elementos constituintes da amostra condicionado pelo curto período de duração do estudo. Um número maior da amostra, maior duração do estudo e abrangência a outros serviços hospitalares permitir-nos-ia conclusões com valor estatístico relevante. Seria uma mais valia um estudo em paralelo da qualidade de vida, antes e após a intervenção.

7. Análise Reflexiva Sobre o Desenvolvimento de Competências

Após este percurso importa realizar uma análise reflexiva acerca da aquisição e desenvolvimento das competências tanto de mestre, presentes como já referido no Decreto-Lei n.º 65/2018, como das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e do EEER regulamentadas pela OE (2010) no “Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação”.

Neste contexto de estágio final, o primeiro domínio de competências comuns do enfermeiro especialista remete-nos para a responsabilidade profissional, ética e legal em que a intervenção do enfermeiro especialista direciona-se para o respeito pelos direitos humanos. Como tal, nos diversos contextos de prestação de cuidados manteve-se a privacidade da pessoa, respeitando os seus valores, princípios e vontades. Apesar de o ambiente hospitalar não ser, na sua maioria, promotor da privacidade, em cada situação e tendo em conta os recursos humanos e físicos disponíveis, foi realizada intervenção respeitando a pessoa e os direitos humanos. No que refere ao projeto de intervenção profissional, o consentimento informado foi desde logo um critério de inclusão de forma a dar liberdade à pessoa, de forma livre e esclarecida, de optar por participar ou não.

No plano da melhoria da qualidade, o hospital em questão apresenta um Projeto de Melhoria Continua que passa pela avaliação da deglutição, através da escala Gugging Swallowing Screen, pelo que houve oportunidade de adquirir e aprofundar competências no âmbito da avaliação estrutural e clínica da deglutição, na aplicação da escala e na tomada de decisão consoante o resultado desta avaliação. Sendo que também se proporcionaram situações de formação da equipa de enfermagem de cuidados gerais acerca da avaliação da mesma, bem como das medidas e cuidados a ter na pessoa com alteração da deglutição.

A gestão dos cuidados demonstrou-se um domínio desafiador, pois a par da necessidade da segurança e qualidade dos cuidados importa uma adequada gestão dos mesmos, que necessitou de um trabalho em equipa multidisciplinar. Apesar da constante diminuição de recursos humanos e a notória falta de recursos físicos, existiu uma relação profissional positiva por parte da equipa o que me permitiu, tanto como enfermeira como aluna de EEER, participar nas decisões, identificar necessidades reais da pessoa, implementar e atualizar os planos de intervenção de acordo com os resultados diários.

Ao longo deste percurso de trabalho e aprendizagem, o aprofundamento das minhas fragilidades e par das potencialidades foi um processo contínuo e essencial, que contribuiu para a tomada de consciência de mim mesma, não só enquanto pessoa como profissional de saúde. Esta capacidade de autoconhecimento foi essencial para aperfeiçoar a relação terapêutica com a pessoa e a relação com a equipa multidisciplinar, bem como a intervir com segurança nos cuidados prestados.

Todo este processo de aprendizagem, tanto do estágio final como do projeto de intervenção profissional, requereu uma constante formação teórica que me permitiu um aprofundar de conhecimentos e aquisição de conhecimento especializados, com base na evidencia científica atual, o que foi uma mais valia na prestação de cuidados especializados.

Melhorar a capacidade de avaliação das pessoas com problemas de funcionalidade

As pessoas com alterações da funcionalidade são uma realidade na nossa população, o que foi possível também constatar nos serviços de medicina e ortopedia do hospital em questão. Sendo da competência do EEER a maximização da funcionalidade da pessoa, foi para mim um dos focos desde o início deste estágio final a correta e detalhada avaliação da pessoa com problemas de funcionalidade. No âmbito da pessoa com alterações do foro neurológico, foi possível verificar alterações funcionais consideráveis, sendo que a sua adaptação à condição atual e a aquisição de estratégias compensatórias foi um desafio constante de aprendizagem. Tornou-se fundamental o delinear de um plano de cuidados baseado numa avaliação detalhada, direcionado para a especificidade de cada pessoa, as suas características e os seus objetivos, identificando os diagnósticos de ER focalizados na reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva. A par da implementação das intervenções, foram avaliados os resultados diariamente, verificando-se ganhos positivos para a pessoa.

Na área ortopédica, as alterações da funcionalidade adquiriram contornos diferentes, a grande maioria dos casos estavam associados ao trauma, requerendo maioritariamente intervenção cirúrgica. As alterações da funcionalidade, consequentemente, estavam inerentes à

dor e às possíveis restrições de movimento inerentes ao procedimento cirúrgico, pelo que o entender de todo este processo foi fundamental para realizar a avaliação da funcionalidade adequar os cuidados especializados.

Esta avaliação inicial da funcionalidade foi também um dos pontos importantes no projeto de intervenção profissional, onde foi dado enfoque à avaliação da força muscular, do equilíbrio funcional e da dependência nos autocuidados.

Aumentar o conhecimento e capacidade de utilização dos instrumentos objetivos para melhoria da funcionalidade

A avaliação dos resultados tem vindo a tomar cada vez mais relevo na prática dos cuidados de enfermagem de modo a permitir demonstrar a sua importância e mais valia junto da população. O uso de instrumentos objetivos para melhorar a funcionalidade foi uma das constantes durante o estágio, não só como elemento essencial para a avaliação dos resultados do projeto de intervenção profissional como também dos cuidados especializados em ER que prestei ao longo do estágio.

A par do aprofundamento teórico acerca dos mesmo que realizei constantemente, a sua aplicação e reflexão da mesma com os orientadores foi uma mais valia. Instrumentos como a Escala de Força Muscular Modificada, tem inerente uma vertente de subjetividade, que requereu não só um percurso de prática como de reflexão em conjunto com a EEER orientadora. Outros instrumentos, como a Escala de Barthel e a Escala do Equilíbrio de Berg, apresentam uma vertente mais objetiva, no entanto, dado os seus diversos momentos de avaliação, requereu a sistematização de pensamento e de avaliação. A avaliação da deglutição, através da escala de *Gugging Swallowing Test*, pertencente ao projeto de melhoria continua do hospital, foi uma constante durante este período, sendo que como aluna de ER esta avaliação clínica da deglutição abrangia a área estrutural e funcional, sendo necessária a mobilização de vários conhecimento da área anatómica e funcional da estrutura da cabeça e pescoço bem como da interpretação de

resultados, não só com base no *score* da escala de *Gugging Swallowing Test*, como das alterações presentes na avaliação estrutural e funcional.

Otimizar a capacidade de intervenção em ER na área motora

A par da utilização de instrumento objetivos para melhoria da funcionalidade, o seu resultado bem como a avaliação inicial inerente à prática de enfermagem, foi fundamental para em conjunto com a pessoa e os seus objetivos, definir o plano de cuidados de ER. As alterações motoras decorrentes do AVC demonstram-se um desafio, bem como a avaliação das limitações funcionais de cada um, a par dos seus objetivos de reabilitação. Existiram vários casos de hemiplégia ou hemiparesia, que requereram intervenções específicas. Num dos caso com que me deparei, a pessoa apresentava, de entre várias alterações, espasticidade na mão esquerda o que comprometia a sua motricidade fina e dada a sua profissão, ultrapassar esta situação era o seu principal objetivo no plano de reabilitação. Deste modo foi realizado um plano de cuidados individualizado tendo em conta estes objetivos e dada a pouca oferta de recursos materiais para treinar e melhorar a motricidade fina, em conjunto com a EEER orientadora construímos várias atividades com este intuito.

No área da ortopedia, por seu lado, a comprometimento do rodar, sentar, transferir-se e da marcha foram os principais focos de ER com que me deparei. Este comprometimento estava maioritariamente associado à dor consequente da intervenção cirúrgica e há necessidade de recorrer a meios auxiliares de marcha, pelo que a vertente do ensino de técnicas de adaptação apresentou aqui um peso bastante relevante no papel do EEER.

Promover a reinserção social da pessoa, através da sua autonomização

O planeamento da alta foi parte integrante dos cuidados desde o primeiro momento. Na avaliação inicial, para além das alterações da funcionalidade da pessoa, o seu objetivo bem como o seu suporte familiar e/ou social, foi um dos pontos principais para a definição das intervenções do plano de cuidados. Nas situações em que a perspetivação da alta passava pelo retorno ao domicílio, “conhecer” a realidade da habitação da pessoa em conjunto com a família foi uma situação trabalhada precocemente. Num dos casos trabalhado na ortopedia (Apêndice F), uma senhora internada após uma queda e consequente procedimento cirúrgico, apresentava comprometimento da marcha, acompanhada de dependência nos autocuidados, sendo necessário recorrer a meios auxiliares para realizar marcha sem carga no membro inferior esquerdo, durante um período de pelo menos 3 semanas. Nesta situação, em conjunto com a pessoa e família foram avaliadas as condições habitacionais e as possíveis adaptações, as potencialidades da pessoa bem como os seus objetivos, o suporte familiar e assim delineado o plano de cuidados de ER com vista à sua máxima autonomia no momento da alta. Nesta situação, a pessoa teve alta para o domicílio passada uma semana de internamento, autónoma nos autocuidados.

No entanto, situações existiram em que dada as alterações da funcionalidade da pessoa a par das condições habitacionais e suporte familiar, foi necessário planear a alta da pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Melhorar capacidade de desenvolver projetos, bem como a capacidade de refletir sobre os resultados obtidos que demonstrem a eficácia dos cuidados de ER

A construção deste projeto de intervenção profissional foi um desafio, desde o seu planeamento, construção, adequação à realidade em questão, implementação e à avaliação dos resultados. Foi uma preocupação desde o início que este projeto transparecer a eficácia dos cuidados de ER, por isso foram escolhidos instrumentos objetivos de avaliação das várias vertentes avaliadas e trabalhadas.

No âmbito do estágio em ortopedia, deparei-me com um serviço direcionado para a ortotraumatologia, em que grande parte da população deste serviço eram idosos internados com fraturas em contexto de quedas no domicílio. Tendo esta realidade em vista e a necessidade constante de ensino à pessoa e família acerca das condições de segurança para prevenção de quedas no idoso, foi realizado em colaboração com a EEER orientadora um panfleto acerca de “Prevenção de Quedas no idoso – Conselhos úteis” (Apêndice G), de forma a complementar os ensinamentos realizados no âmbito dos cuidados de ER, tanto à pessoa como às famílias/cuidadores.

Aprofundar a capacidade para utilizar a evidencia científica, sabendo aplicá-los também em situações novas e em contextos multidisciplinares

O conhecimento científico ao longo deste processo de aprendizagem foi essencial na aquisição e/ou aprofundamento de conhecimento e competências especializadas. Para além do caminho percorrido previamente ao estágio final que me munuiu das bases necessárias, no decorrer do estágio final vários foram os contextos com as suas particularidades, sendo que foi necessária uma constante pesquisa bibliográfica tendo em conta a evidencia científica atual de forma a validar a prestação cuidados de ER.

No contexto da fundamentação do projeto de intervenção profissional, foi realizada uma pesquisa bibliográfica dos estudos científicos realizados na área da mobilidade e do autocuidado transferir-se, sendo que foi possível aferir que o conceito de mobilidade é dinâmico e que os profissionais de enfermagem não encaram a mobilidade como um dos focos prioritário da prestação de cuidados. Poucos estudos foram encontrados na temática do autocuidado transferir-se, no entanto, os estudos realizados demonstraram resultados positivos em relação à promoção da autonomia e independência da pessoa.

Aprofundar a capacidade de comunicar contributos para a evolução dos conhecimentos em ER

A divulgação de resultados de estudos científicos é um dos contributos para a evolução do conhecimento e para a os cuidados baseados nas melhores práticas, pelo que, após a implementação deste projeto foi realizado um artigo (Apêndice H) em relação ao mesmo. Através da elaboração deste artigo referente ao projeto de intervenção profissional, pretende ser um meio de divulgação de conhecimento e dos resultados obtidos pela sua implementação. A par, a elaboração do presente relatório permitiu a atualização do conhecimento produzido dentro da temática, a par dos dados estatísticos atuais da nossa população, o que permitiu verificar a necessidade da pesquisa mais aprofundada e de maior valor estatístico, mas assegurar a qualidade dos cuidados na área da ER.

8. Conclusão

O presente relatório, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, teve por base o projeto de intervenção profissional na área da ER na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. No entanto, os objetivos desta unidade curricular passam também por o desenvolvimento de outras competências, como da avaliação da funcionalidade, da utilização de instrumento objetivos, intervenção na área motora, promoção da reinserção social, todos eles com o intuito de capacitar a pessoa para a sua autonomia e independência.

Ambos os contextos deste estágio final, neurologia e ortopedia, permitiram a vivência de situações que permitiram aferir que os cuidados de ER implementados precocemente contribuem para a evolução positiva da pessoa, o que vem demonstrar a importância do EEER no seio das equipas multidisciplinares de forma a diminuir as sequelas na pessoa, promovendo assim a sua autonomia.

A situação de imobilidade no leito nesta instituição de saúde foi notória e motivo de preocupação pela parte da Enfermagem. A sua caracterização foi essencial para fundamentar o problema em estudo e o seu impacto na funcionalidade da pessoa. A promoção da mobilidade é um desafio para o enfermeiros de reabilitação nos diferentes contexto da sua prática.

O projeto de intervenção, embora com uma amostra reduzida, demonstrou um impacto positivo na pessoa e promoveu a sua autonomia, no entanto, o seu desenvolvimento requereu um grande investimento pessoal, uma pesquisa bibliográfica extensa e adequada, com o intuito de obter o melhor e mais atualizado enquadramento teórico e o plano de intervenção mais adequado. A elaboração de um plano de intervenção apropriado a cada pessoa é o caminho sugerido para minimizar o efeito da imobilidade, a par da sua implementação o mais precoce possível, demonstrando ganhos a nível da força muscular, do equilíbrio e do autocuidado, em particular no autocuidado transferir-se. Fora do âmbito do projeto de intervenção, mas também com relevo para o processo de aprendizagem, foi os conhecimento adquirido e a pesquisa bibliográfica realizada no âmbito da ortopedia.

De ressaltar que alguma fundamentação é referente a referência bibliográfica de data mais distante (2000-2004) em comparação com dados mais atuais, no entanto creio que não

altera a relevância e pertinência deste projeto que acredito ser uma mais valia para a ER e outros profissionais da área.

Este projeto permitiu assim desenvolver as competências propostas de EEER a par das competências de Mestre e contribuir através dos seus resultados para a melhoria da qualidade dos cuidados referentes à Enfermagem.

Os objetivos gerais foram atingidos, tendo em conta o fator do período temporal, com sucesso dado que foi possível implementar o projeto de intervenção referente à área de ER, bem como daí extrair resultados benéficos na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se e para a disciplina de ER, não negligenciando outras necessidades da pessoa, podendo assim desenvolver as competências específicas de ER. A eficiência da intervenção foi passível de ser avaliada através das avaliações realizadas recorrendo aos diversos instrumentos objetivos utilizados, em que o seu score inicial e final demonstrou uma evolução positiva nos parâmetros avaliados. Os dados colhidos e tratados, apesar do tamanho da amostra em estudo, sugerem que a implementação de um plano de intervenção direcionado para as pessoas com alteração do autocuidado transferir-se, melhora a força muscular, o equilíbrio e a dependência nos autocuidados, em particular no autocuidado transferir-se.

De referir os poucos estudos realizados na área por enfermeiros de forma a entender a importância dos cuidados especializados e o seu impacto, tanto a curto como a longo prazo. Pelo que se refere a importância de estudos nesta área, com uma amostra estatisticamente relevante, num espaço temporal adequado e com um acompanhamento não só hospitalar como no domicílio com vista a promoção da autonomia no seio da comunidade, de forma a demonstrar a importância do EEER na equipa hospitalar e comunitária, possibilitando o acompanhamento da pessoa ao longo do seu ciclo de vida e nos diversos contextos.

O presente relatório demonstrou-se ser um processo complexo e dinâmico, no entanto, foi possível aqui espelhar as vivências que decorreram no estágio final, refletindo acerca da prática, dos conhecimentos adquiridos e das competências desenvolvidas.

De ressaltar a disponibilidade do hospital em questão e dos profissionais envolvidos na supervisão e orientação, de forma a tornar possível esta aquisição e desenvolvimento de competências de forma segura, gradual e com vista à autonomia, gerindo este processo de aprendizagem tendo em conta os objetivos definidos e o cronograma inicial.

Em suma, com a prática dos cuidados desenvolvida nos estágio final, com a implementação do projeto de intervenção profissional e com o permanente estudo, foi possível adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, do EEER e as aptidões de Mestre.

9. Referências Bibliográficas

- Alexander, N., Grunawalt, J., Carlos, S., & Augustine, J. (2000). Bed mobility task performance in older adults. *Journal of rehabilitation research & development*, 37(5), 633-638.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (Tese de doutoramento). Universidade católica portuguesa. Instituto de ciências da saúde.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Coutinho, C. (2015). Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 73-82.
- Cunha, A., Cardoso, L., & Oliveira, F. (2005). Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais*, 61, 36-40.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157 – 1ª Série. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Deliberato, P. (2007). Exercícios terapêuticos: guia teórico para estudantes e profissionais. Barueri: Editora Manole Ltda.
- European stroke association (ESO) Executive Committee and The ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. *Cerebrovascular disease*, 25, 457-507.
- Hesbeen, W. (2003). A reabilitação – Criar caminhos. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação – Processo e aplicação* (2ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hopkins, R., Mitchell, L., Thomsen, G., Schafer, M., Link, M., & Brown, S. (2016). Implementing a Mobility Program to Minimize Post–Intensive Care Syndrome. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 187-203.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *Censos 2011 Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Censos 2011 Resultados definitivos – Região Algarve*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Retrieved from https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=232024193&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Retrieved from https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y
- Kleiner, A., Ayres, T., Saraiva, P., Batistela, R., Pietrobon, R., & Gobbi, L. (2008). Mobilidade funcional em indivíduos com paralisia cerebral espática de acordo com o tipo e a idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8(3), 406-413.
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas* (5ªed.). Barueri: Editora Manole Ltda.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Inovation*, 6(2), 13-16.

- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta – Sociedade portuguesa de material didático, Lda.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. 1ª Reimpressão. Loures: Lusociência.
- Moreira, R., Araújo, T., Cavalcante, T., Guedes, N., Lopes, M., & Chaves, E. (2014). Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 443-449.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018b) *Guia orientador para a boa prática – Reabilitação Respiratória*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª série (35), 4744-4750.
- O’Sullivan, S., & Schmitz, T. (2004). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. Barueri: Editora Manole Ltda.
- Queirós, C., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.
- Schuster, R. (2011). Correlação entre disfunções motoras e respiratórias no AVC. *Revista Neurociências*, 19(4), 587-588.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M., & Silva, C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Vieira, S., Granja, K., Exel, A., & Calles, A. (2015). A força muscular associada ao envelhecimento. *Ciências biológicas e da saúde*, 3(1), 93-102.

Apêndices

Apêndice A – Cronograma de Atividades

	Setembro		Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
	17-21	24 - 28				
Elaboração do projeto de investigação						
Submissão do pedido à comissão de ética do						
Integração no serviço de medicina						
Seleção dos participantes						
Implementação e avaliação dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação						
Análise dos dados						
Pesquisa bibliográfica						
Redação do Relatório de estágio						

Apêndice B – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração

Exma. Sra. Enfª Luisa Guerreiro,

Relativamente ao estudo supra mencionado, cumpre-me informar que o mesmo teve o parecer favorável da n/Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido aprovado posteriormente pelo n/ C.A. em 08/11/2018, nos termos propostos obrigatoriamente pela Exma. Vogal Executiva [REDACTED] a salvaguardar pelo CFIC:

- 1 – O CFIC deverá informar os proponentes que o [REDACTED] deve ser referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, decorrentes do estudo;*
- 2 – Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC (Centro de Formação, Investigação e Conhecimento) todos os trabalhos, comunicações, posters, apresentações, decorrentes do estudo.*

Com os melhores cumprimentos

Paula Mangualde

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

[REDACTED]

Apêndice C – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Eu, Luísa Miguel Guerreiro, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, estou a implementar projeto de investigação com o título: *Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se*, com o objetivo geral: Otimizar a capacidade da pessoa para o autocuidado transferir-se, e com os objetivos específicos: melhorar a força muscular da pessoa com alterações no autocuidado transferir-se, aumentar o equilíbrio da pessoa com alterações no autocuidado transferir-se e desenvolver o conhecimento da pessoa acerca do auto-cuidado transferir-se.

Asseguro o cumprimento dos princípios da confidencialidade e proteção dos dados colhidos, disponibilizando-me a prestar todo e qualquer esclarecimento. Em qualquer fase tem o direito de desistir sem recorrer a justificação. Os resultados serão divulgados sem identificação dos participantes e com anonimização do contexto.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação e sem que a prestação dos cuidados necessários ao meu estado de saúde seja afetada. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Aceito / Não aceito (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários.

Nome: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Se não for o próprio a assinar por incapacidade

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Grata pela sua colaboração,

Orientador: Professor Manuel Agostinho Matos Fernandes **Contacto:** mf@uevora.pt

Investigador: Luísa Miguel Guerreiro **Contacto:** luisa.miguel.guerreiro@gmail.com

Apêndice D – Questionário de Colheita de Dados Sociodemográficos

Questionário - Colheita de dados sociodemográficos

Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Idade: _____	Estado civil: _____
Diagnóstico de admissão: _____	
Antecedentes pessoais:	

Apêndice E – Plano de Intervenção

FOCO	Dimensão	Critério Diagnóstico	Enunciado de diagnóstico/ Resultados de enfermagem	Enunciado de ações de diagnóstico e intervenções de enfermagem
1. Mobili- dade no leito	1.1 Movimento muscular	Avaliar força muscular: Escala de força muscular modificada	- Movimento muscular diminuído □ - Movimento muscular mantido □ - Movimento muscular aumentado □ Especificar local do corpo:	1.1.1 Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; 1.1.2 Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar; 1.1.3 Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido; 1.1.4 Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; 1.1.5 Executar técnica de exercício muscular e articular resistido; 1.1.6. Monitorizar a força muscular através de escala; 1.1.7. Supervisionar o movimento muscular.
	1.2 Posicionar-se	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se		Usa adequadamente dispositivo auxiliar para posicionar-se □
		Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se		Usa adequadamente técnica de adaptação para posicionar-se □
			- Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se □	1.2.1 Avaliar conhecimento para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; 1.2.2 Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se; 1.2.3 Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; 1.2.4 Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se; 1.2.5 Treinar o uso de dispositivo auxiliar para posicionar-se; 1.2.6 Treinar técnica de adaptação para posicionar-se
			- Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se □	

FOCO	Dimensão	Critério Diagnóstico	Enunciado de diagnóstico/ Resultados de enfermagem	Enunciado de ações de diagnóstico e intervenções de enfermagem
1. Transferências	2.1 Equilíbrio corporal	<p>Avaliar equilíbrio corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem equilíbrio estático sentado <input type="checkbox"/> - Tem equilíbrio estático dinâmico <input type="checkbox"/> - Tem equilíbrio estático de pé <input type="checkbox"/> - Tem equilíbrio dinâmico de pé <input type="checkbox"/> - Adota posições viciosas <input type="checkbox"/> - Apresenta deformidades da coluna <input type="checkbox"/> - Apresenta dismetria dedo/nariz <input type="checkbox"/> - Apresenta dismetria calcanhar/joelho <input type="checkbox"/> - Suporta o próprio peso em diferentes posições <input type="checkbox"/> 	<p>Equilíbrio corporal comprometido <input type="checkbox"/></p> <p>Equilíbrio corporal não comprometido <input type="checkbox"/></p>	<p>2.1.1 Aplicar dispositivo auxiliar;</p> <p>2.1.2 Avaliar equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio estático sentado presente <input type="checkbox"/> - Equilíbrio estático sentado diminuído <input type="checkbox"/> - Sem equilíbrio estático sentado <input type="checkbox"/> - Equilíbrio dinâmico sentado presente <input type="checkbox"/> - Equilíbrio dinâmico sentado diminuído <input type="checkbox"/> - Sem equilíbrio dinâmico sentado <input type="checkbox"/> - Equilíbrio ortostático estático presente <input type="checkbox"/> - Equilíbrio ortostático estático diminuído <input type="checkbox"/> - Sem equilíbrio ortostático estático <input type="checkbox"/> - Equilíbrio ortostático dinâmico presente <input type="checkbox"/> - Equilíbrio ortostático dinâmico diminuído <input type="checkbox"/> - Sem equilíbrio ortostático dinâmico <input type="checkbox"/> <p>2.1.3 Estimular a manter o equilíbrio corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correção postural <p>2.1.4 Executar técnica de treino de equilíbrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternância de carga nos membros superiores - Alternância de carga nos membros inferiores - Apoio unipodal - Contorno de obstáculos - Exercícios de coordenação de exercícios - Facilitação cruzada <p>2.1.5 Monitorizar equilíbrio corporal através de escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala do equilíbrio de Berg <p>2.1.6 Orientar na técnica do equilíbrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternância de carga nos membros superiores - Alternância de carga nos membros inferiores - Apoio unipodal - Contorno de obstáculos - Exercícios de coordenação de exercícios - Facilitação cruzada

FOCO	Dimensão	Critério Diagnóstico	Enunciado de diagnóstico/ Resultados de enfermagem	Enunciado de ações de diagnóstico e intervenções de enfermagem
2. Trans-ferên-cias	2.2 Pôr-se de pé	Avaliar pessoa a pôr-se de pé - Consegue levantar membros superiores <input type="checkbox"/> - Consegue levantar membros inferiores <input type="checkbox"/> - Passa da posição de deitado para sentado <input type="checkbox"/> - Passa da posição de sentado a pé <input type="checkbox"/> - Suporta o próprio peso <input type="checkbox"/> - Vigia as condições de segurança quando se levanta <input type="checkbox"/>	Pôr-se de pé comprometido <input type="checkbox"/> Pôr-se de pé não comprometido <input type="checkbox"/>	2.2.1 Advogar o uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; 2.2.2 Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; 2.2.3 Incentivar a pôr-se de pé; 2.2.4 Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; 2.2.5 Orientar para pôr-se de pé; 2.2.6 Orientar no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé; 2.2.7 Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé
	2.3 Transferir-se	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se	2.3.1 Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; 2.3.2 Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; 2.3.3 Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; 2.3.4 Instruir sobre uso do dispositivo auxiliar para transferir-se; 2.3.5 Treinar técnica de adaptação para transferir-se; 2.3.6 Treinar no uso do dispositivo auxiliar para transferir-se;

Apêndice F – Plano de Cuidados Utente X

Diagnósticos de ER	Objetivo terapêutico de ER	Intervenções de ER	Horário
<p>Movimento muscular diminuído no segmento tibiotársica esquerda [devido a status pós osteossíntese da tíbia esquerda]</p> <p>↓</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular</p>	<p>Fortalecimento muscular no segmento tibiotársica esquerdo. Prevenção de complicações decorrentes da imobilização Melhorar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através de escala (escala de lower); - Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios muscular e articular; - Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular: mobilizações ativas assistidas, mobilizações ativas e exercícios de fortalecimento muscular. - Supervisionar movimento articular e muscular. 	<p>Turno da Manhã e da Tarde</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para rodar-se</p>	<p>Melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para rodar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para rodar-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para rodar-se; - Treinar técnica de adaptação para rodar-se; 	<p>Turno da Manhã e Tarde</p>
<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se</p>	<p>Melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para sentar-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para sentar-se; - Treinar técnica de adaptação para sentar-se; 	<p>Turno da Manhã e Tarde</p>

Diagnósticos ER	Objetivos terapêuticos de ER	Intervenções de ER	Horário
Pôr-se de pé comprometido [devido a status pós osteossíntese da tíbia esquerda]	Promover o ortostatismo; Preparar para o treino de marcha.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé – andador - canadianas; - Advogar o uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé – andador - canadianas; - Orientar no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé – andador - canadianas; - Incentivar a pôr-se de pé; - Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé 	Turno da Manhã e Tarde
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se	Melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se; - Realizar ensinamentos sobre correto posicionamento do membro inferior esquerdo; 	Turno da Manhã e Tarde
Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha	Melhorar capacidade para andar.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha – andador e canadianas; - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha – andador e canadianas; - Realizar ensinamentos sobre condições de segurança para a marcha; - Treinar a andar com auxiliar de marcha – andador e canadianas (médias distâncias – até 30 metros). 	Turno da Manhã e Tarde

Apêndice G – Panfleto “Prevenção de Quedas no idoso – Conselhos úteis”

Auxiliares de marcha

Os auxiliares de marcha devem ser adequados a cada pessoa. Após a avaliação acerca do auxiliar de marcha mais indicado deve manter a segurança do mesmo.

ANDARILHO/BENGALA/CANADIANA

- Deve ser a altura adaptada, a zona de apoio da mão deve estar alinhada com os trocânteres;
- Verificar as borrachas dos pés com frequência e substituir caso apresentem desgaste;
- Mesmo que as borrachas sejam novas, existem pisos que diminuem a aderências das borrachas, como por exemplo: chão molhado, chão com areia, calçadas, tapetes.

CADEIRA DE RODAS

- Verifique periodicamente se mantém as condições de segurança: pneus e sistema de travagem;
- Trave sempre a cadeira de rodas e retire os descansos dos pés antes das transferências.

Não esquecer...

A atividade física, como a caminhada, alongamentos ou dança, é fundamental para aumentar a força muscular, melhorar o equilíbrio e assim prevenir as quedas.

Elaborador por:

Luísa Guerreiro

(Aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação)

Com a colaboração e orientação

de:

Enfermeira Rafaela Martins
(Especialista em Reabilitação)

Contactos:

Telefone:

Extensão:



Prevenção de quedas no idoso

Conselhos úteis

Prevenção de acidentes domésticos

Em Portugal, 15% dos acidentes domésticos e de lazer ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. O principal mecanismo de lesão é a queda, sendo o principal contexto o domicílio.

Fatores de risco de queda:

- Alteração da marcha;
- Postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição da força muscular;
- Doenças como a osteoporose, doença cardiovascular, demência, entre outras;
- Uso de alguns medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial);
- Ansiedade e depressão.

No entanto, estes acidentes podem ser prevenidos, adotando as medidas de segurança adequadas à sua casa.

Medidas para toda a casa

- Mantenha uma boa iluminação;
- Mantenha as zonas de passagem desimpedidas;
- Fixe os cabos elétricos;
- Evite móveis instáveis, mobília fora de sítio e cadeiras baixas sem apoio de braços;
- Evite tapetes e piso derrapante ou irregular;
- Opte por sapatos fechados com sola antiderrapante e evite calças e roupões largos para não tropeçar.
- Se tiver escadas, assegure a boa iluminação, a colocação da barra de apoio e coloque marcas sinalizadoras no final de cada degrau.



Cozinha

- Coloque os utensílios mais usados numa zona acessível;
- Evitar subir a bancos e escadotes.

Casa de banho

- Prefira base de duche, com piso antiderrapante;
- Se necessário, recorra a barras de apoio lateral na base de duche e sanita;
- Coloque um assento fixo na banheira/base de duche;
- Coloque um alteador na sanita;
- Evite prateleira de vidro e superfícies cortantes.

Quarto

- Acenda sempre a luz antes de se levantar;
- Coloque o interruptor da luz acessível pela cama;
- A cama deverá ter uma altura que facilite a entrada e saída sem grande dificuldade.



Apêndice H – Artigo - Resumo

Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se

Luísa Guerreiro – Enfermeira, Casa da Criança do Rogil – Unidade de Longa Duração e Manutenção de Aljezur, Mestranda em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde de Setúbal/Instituto Politécnico de Setúbal.

e-mail de contato: luisa.miguel.guerreiro@gmail.com

RESUMO

Nos dias de hoje são diversas as causas das alterações da mobilidade, que acarretam consequência negativas que advém do repouso prolongado no leito. A mobilização precoce permite-nos minimizar as suas consequências. A enfermagem abarca um conjunto de práticas com vista a capacitar a pessoa para o autocuidado. O autocuidado transferir-se permite à pessoa mover-se de uma superfície para outra, incentivando ao autocuidado, treino de equilíbrio e preparação para o treino de marcha, prevenindo as alterações que da imobilidade podem advir.

Objetivo: desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação para capacitar a pessoa no autocuidado transferir-se.

Metodologia: realizada uma seleção de participantes com alteração no autocuidado transferir-se, na qual foi desenvolvido um programa de enfermagem de reabilitação e avaliado os seus resultados, seguindo a metodologia de investigação-ação. Os instrumentos de colheita de dados foram: Escala de força muscular modificada, Escala de Equilíbrio de Berg e Escala de Barthel.

Resultados: constatou-se uma evolução positiva na monitorização das três escalas utilizadas, tendo como referência a avaliação antes e após da implementação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Conclusões: existiu benefício na implementação do programa de enfermagem de reabilitação para pessoa com alteração no autocuidado transferir-se.

Descritores: enfermagem, reabilitação, autocuidado, movimentação e transferência de doentes.

Anexos

Anexos A – Escala de Força Muscular Modificada

Nome:			
Escala de Força Muscular Modificada	Dia: __/__/__	Dia: __/__/__	Dia: __/__/__
0 (ausente) – paralisia total			
1 (mínimo) – contração muscular visível, sem movimento			
2 (escassa) – movimento sem a ação da gravidade			
3 (regular) – movimento parcial somente contra a gravidade			
3+ (regular+) – movimento completo somente contra a gravidade			
4- (boa-) – movimento completo somente contra a gravidade e resistência mínima			
4 (boa) – movimento completo somente contra a gravidade e resistência moderada			
4+ (boa+) – movimento completo somente contra a gravidade e forte resistência			
5 (normal) – movimento completo contra resistência total			

Anexo B – Escala de Equilíbrio de Berg

Nome: _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé
2. Ficar em pé sem apoio
3. Sentado sem apoio
4. Da posição de pé para a posição de sentado
5. Transferências
6. Ficar em pé com os olhos fechados
7. Ficar em pé com os pés juntos
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado
9. Apanhar um objecto do chão
10. Virar-se para olhar para trás
11. Dar uma volta de 360 graus
12. Colocar os pés alternadamente num degrau
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro
14. Ficar em pé sobre uma perna

Dia: __/__/__	Dia: __/__/__	Dia: __/__/__

TOTAL _____

Anexo C – Escala de Barthel

Nome: _____

Dia: _____ / _____

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL